CHIRURG POLSKI

CZASOPISMO POŚWIĘCONE CHIRURGII KLINICZNEJ i TECHNICE OPERACYJNEJ

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

PRACE ORYGINALNE

SOMMAIRE:

ARTICLES ORIGINAUX

ROK II. **Nr. 12**

15.XII.1937.

„CHIRURG POLSKI"

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgii. Koszty sporządzania klisz ponosi wydawnictwo, autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek pracy. Prace, nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów i t. d., powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku.

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień lecznictwa chirurgicznego i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma redakcja prosi o ograniczanie prac do 5 — 8 str. druku. Prace są grupowane w 3 działach głównych:

1. Prace oryginalne, referaty i streszczenia zbiorowe.
2. Technika operacyjna.
3. Oceny i streszczenia.

Prócz tego pismo zawiera następujące stałe rubryki:

1. Sprawozdania z posiedzeń i zjazdów,
2. Rubryka wiadomości, obchodzących ogół chirurgów (uniwersytety, szpitale, mianowania, stypendia, konkursy i t. p.),
3. Skrzynka zapytań i odpowiedzi; nadchodzące zapytania redakcja rozsyła członkom Komitetu redakcyjnego z prośbą o udzielenie odpowiedzi. Zapytania i odpowiedzi są ogłaszane bez podawania nazwiska pytającego.

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek, polską bibliografię chirurgiczną — spis wszystkich prac z dziedziny chirurgii, jakie się ukazały w polskim piśmiennictwie lekarskim; streszczeń prac autorów polskich pismo nie podaje, jedynie oceny, względnie notatki dyskusyjne.

Regulamin ogłaszania prac w „Chirurgu Polskim":

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*
2. *Do prac należy dołączyć streszczenia, w języku polskim i w jednym z języków obcych: angielskim, francuskim, lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*
3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów, cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*
4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zł., półrocznie 6 zł. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cała str. przed tekstem 110 zł., za tekstem 100 zł.; ½ str. przed tekstem 55 zł., za tekstem 50 zł.; ¼ przed tekstem 32 zł., za tekstem 30 zł. Wkładki za każde 500 szt. 50 zł., ogłoszenia stałe o 10% taniej.

Cena pojedyńczego zeszytu 3 zł.

CHIRURG POLSKI

ROK II. WARSZAWA, 15 GRUDNIA 1937 R. NR. 12

Ze Szpitala Powiatowego w Tomaszowie Lubelskim.

Leczenie ubytku ściany brzucha wszczepieniem uszypułowanego odcinka sieci

podał

Dr J. Peter
Dyrektor Szpitala.

Celem niniejszej notatki jest przytoczenie przypadku, interesującego chirurga z dwojakiego powodu: raz, stosunkowo rzadko spotykanego mięsaka powłok brzusznych u mężczyzny (na mężczyzn przypada bowiem zaledwie około 10% nowotworów powłok brzusznych (1), reszta na kobiety), powtóre, niecodziennego sposobu leczenia ubytku otrzewnowego wszyciem sieci wielkiej, *bez* pokrycia jej następnie skórą.

Przypadek dotyczy robotnika-tragarza Michała Ł. lat 44, który zgłosił się do nas po raz pierwszy 13.VIII 1928 r. Z wywiadów wynika, że chory w 1916 zauważył w okolicy dołka podżebrowego niewielką i niebolesną wyniosłość. Pojawienie się jej łączył przyczynowo ze stałym przyciskaniem do tego miejsca twardych przedmiotów podczas przenoszenia ich do magazynów. Ugniatania tej wyniosłości starał się unikać ile możności, tym bardziej, że z czasem stawała się coraz większa i tkliwsza. Kiedy guz zaczął mu przeszkadzać w pracy zawodowej, zgłosił się 3.XII 1924 r. do szpitala w Zamościu, gdzie mu wycięto guz w narkozie. Wypisał się d. 20.XII 1924 r. Z powodu nawrotu guza zgłosił się ponownie do szpitala d. 26.I 1927 r. i pozostawał tam do 10.II 1927 r. Tegoż jeszcze roku w maju odbył 3 tygodniowe leczenie z powodu owrzodzenia w miejscu operowanym i odszedł do domu z raną niezupełnie zagojoną. Dnia 23.IV 1928 r. operowany ponownie. Leczenie trwało 12 dni. Chory podaje, że odrastanie guza odbywało się w daleko szybszym tempie, aniżeli jego wzrastanie w ciągu tego samego czasu przed pierwszym zabiegiem. Guz odnawiał się albo po bokach blizny operacyjnej, albo w samej bliźnie. Za trzecim razem pojawiły się dwa guzy, większy w dołku podżebrowym, mniejszy nieco na zewnątrz od linii sutkowej prawej. Naświetlań zapobiegawczych po zabiegach nie pobierał.

Do nas przybył po raz czwarty z rzędu do operacji, przysłany przez Kasę Chorych. Chorób wenerycznych, ani zakaźnych nie przechodził.

Stan narządów wewnętrznych klinicznie i rentgenologicznie bez zmian, poza rozedmą płuc nieznacznego stopnia. Skóra i błony śluzowe od zewnątrz widzialne blade; mocz bez odchyleń. Odczyn WR ujemny. Na skórze dołka podżebrowego kilka nieregularnych blizn operacyjnych, dochodzących obustronnie do łuków żebrowych, po stronie prawej nieco dalej. W połowie długości pomiędzy wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, guz wielkości głowy dziecka, kraterowato rozpadający się na szczycie i krwawiący po zdjęciu opatrunku, przy obmacywaniu miękki, nieprzesuwalny, bolesny. Na stronie tylnej, na tej samej wysokości z obu stron kręgosłupa, jeszcze dwa guzy pokryte skórą, każdy wielkości jaja kurzego.

Zabieg przeprowadzono częściowo w znieczuleniu miejscowym, częściowo w ogólnym. Wszystkie guzy przenikały głęboko otaczające tkanki, przedni ponadto był mocno zrośnięty z otrzewną. Zeszycie dziury otrzewnowej udało się z trudem; brzegi rany skórnej ściągnięto po nacięciu skóry z każdej strony rany operacyjnej w linii równoległej do długiej osi ciała i po uruchomieniu mostków skórnych, szerokich

na dwa palce. Badanie wycinków guzów, przeprowadzone w Zakładzie anat. patolog. we Lwowie wykazało mięsaka wrzecionowatokomórkowego. Chorego po opuszczeniu szpitala skierowano do serii naświetlań rentgenowskich.

Po upływie około 6 miesięcy chory zgłosił się ponownie, z powodu pojawienia się nowych guzów wokół miejsc operowanych: trzech na przedniej ścianie brzucha i jednego na boku prawym. Jeden z przednich, wielkości dwóch pięści, rozpadający się i broczący, był zrośnięty mocno z otrzewną. Guzy wycięto w kombinowanym znieczuleniu, wraz z możliwie największym pasem niezajętej tkanki podskórnej i mięśniowej oraz powięziami, co najmniej na trzy palce szerokości poza podstawami guzów. Po dwóch dniach zdjęto niektóre szwy, napinające boleśnie powłoki brzuszne. Rany goją się wprawdzie wtórnie, ale szybko, po czym chory pobrał po raz drugi serię naświetlań rentgenem.

Po upływie dalszych 7 miesięcy nawrót guzów, z których największy ważył ponad 1 kg. Po zagojeniu ran następuje trzecia z rzędu rentgenoterapia. W niespełna pół roku później chory zjawia się ponownie. Podczas zabiegu zwracają uwagę naszą guzy dwojakiego rodzaju: większe, podobne do dotychczasowych, a więc miękkie, z odpadającymi kawałkami podczas ich wytaczania z zagłębień, dające się łatwo rozgniatać palcami, na przekroju białawo - różowawe. Drugie — mniejsze, usadowione głębiej, niewidoczne od zewnętrz i niezawsze wyczuwalne poprzez zbliznowaciałą powłokę brzuszną; uwidaczniają się one dopiero po otwarciu jamy brzusznej, od strony wewnętrznej, jako wyniosłości, wpuklające się do jej wnętrza. Odznaczały się one daleko większą twardością i stawiały daleko większy opór przy przecinaniu nożem. Jeden, wielkości jaja kurzego, tkwił w sieci po stronie prawej górnej, w miejscu jej przyrośnięcia do blizny operacyjnej w otrzewnej. Badanie drobnowidowe określiło go jako włókniaka mięsakowatego, z czego doszliśmy do wniosku, że pod wpływem naświetlania rentgenem utkanie stało się bardziej zbite.

W 1931 roku chory, po przerwie 11 miesięcznej przybywa ponownie z kilku guzami pokaźnych rozmiarów, przeważnie rozpadającymi się. Zaniedbany stan i opóźnienie tłumaczy niezamożnością, przestał bowiem być członkiem Ubezpieczalni, która dotąd łożyła na jego leczenie. Dlatego też po wycięciu guzów, ważących ponad $1\frac{1}{2}$ kg. zmuszony był zrezygnować z dalszych naświetlań.

W tym samym jeszcze roku, potem w 1932 i w 1933 poddaje się ponownym zabiegom chirurgicznym, po upływie 5, 14 i 15 miesięcy. Im gorsza koniunktura zarobkowa chorego, tym większy odstęp czasu pomiędzy poszczególnymi zgłaszaniami się do szpitala i tym większe guzy. Rzecz zrozumiała, że każdy nowy zabieg sprawiał nam coraz większe kłopoty, dla chorego zaś bywał coraz bardziej uciążliwy i wpływał coraz ujemniej na jego stan ogólny. Pakiet guzów wzdłuż bocznej prawej ściany wewnętrznej powłoki brzusznej, z czasem powiększając się, począł uciskać wątrobę i wstępnicę i podczas ósmego u nas zabiegu usunięcie w całości okazało się niemożliwe. Ubytki otrzewnej, po wycięciu guzów na stronie przedniej i bocznej lewej, były tak rozległe, że z trudem dały się pokryć, a na przykrycie nowych nie stałoby materiału ani przez zapożyczenie z sieci, ani z worka przepuklinowego pachwinowego (2), o niewielkich wymiarach.

W 1934 roku nastąpił 12-ty z rzędu, a 9-ty u nas zabieg chirurgiczny, w 8 miesięcy po ostatnim. O wielkości guzów

świadczą zdjęcia (rys. 1 i 2); dają one wyobrażenie o wyglądzie tylko z grubsza, gdyż wiele guzów małych i średnich rozmiarów było niewidocznych, jako wpuklających się bardziej do wnętrza jamy brzusznej, niż wystających na zewnątrz. Początkowo, po dokonanym zbadaniu ich rozmieszczenia, zamierzaliśmy zaniechać zabiegu, tak z powodu wielkości guzów, ich mnogości, jako też podupadłego stanu chorego. Dopiero na jego prośby i powoływanie się na liczne, przebyte szczęśliwie zabiegi, zdecydowaliśmy się na operację. Obliczyliśmy obszar wycięcia i rozpatrzyliśmy możliwości pokrycia. Jednak, po usunięciu największego, pośrodkowego i bocznego lewostronnego guza okazało się, stronie lewej w regio mesogastrica sinistra. W poszerzony ten ubytek podciągnęliśmy ocalałe z poprzednich operacyj resztki sieci wielkiej i wszyliśmy ją struną do brzegów otworu. Na pokrycie jednak tego miejsca płatem uszypułowanym nie stało skóry z najbliższego sąsiedztwa: od góry bowiem i od boków rozciągały się po poprzednich licznych zabiegach przestrzenie bliznowate, zrośnięte silnie z podłożem, skórę zaś z okolicy nadłonowej podciągnęliśmy już ku stronie prawej i pośrodkowej. Ostatecznie zdecydowaliśmy się pozostawić sieć nieprzykrytą. Wycinanie wolnego przeszczepu z powięzi szerokiej uda (3) albo przemieszczenie ku górze distalnie odciętego końca mięśnia kra-



Rys. 1.



Rys. 2.

że nie było mowy ani o doszczętnym wycięciu guzów innych, tkwiących po stronie prawej nad wątrobą i nad kątnicą, ani o zaszyciu wszystkich ran, raz, z powodu braku materiału, powtóre, z powodu zbyt silnego napięcia brzucha. Już pierwsze próbne ściągnięcie palcami otworu pośrodkowego, nastręczyło wątpliwości, czy uda się spełnić zamierzone zadanie, końcowy zaś efekt okazał, jak zawodne były wszelkie przedoperacyjne obliczenia i rozplanowanie pokryć defektów tak skóry, jak otrzewnej. Brzegi tej ostatniej w okolicy pośrodkowej dały się wprawdzie złączyć, lecz jednocześnie powiększył się otwór po wieckiego (4) popod mostem w skórze pachwiny równoimiennej, dla przykrycia odsłoniętej sieci wielkiej, przedłużyłoby znacznie zabieg, co wobec osłabienia zsiniałego pacjenta było przeciwwskazane. Wielkość nieprzykrytego ubytku równała się w przybliżeniu dłoni męskiej. Zaleliśmy go tranem i przykryli gazą, przepojoną tym środkiem. Po dwóch dniach, podobnie jak to zdarzało się w zabiegach poprzednich, zdjęliśmy szwy skórne dla ulżenia choremu, wobec skarg na dojmujące dolegliwości z powodu za silnie ściągniętego brzucha. Tym samym, po rozejściu się brzegów rany skórnej, została od-

słonięta w nowym miejscu otrzewna, pokryta jednakże tutaj mostkami z ocalałej tylnej pochewki mięśni prostych (rys. 3). Po miesiącu wypisano chorego ze szpitala z doskonale ziarninującą raną, zmniejszoną wybitnie przez narastający od brzegów naskórek.

W dwa miesiące później nastąpił przedostatni pobyt chorego w szpitalu. Stan powłok brzusznych przedstawia rys. 4. Chory blady, wychudzony, osłabiony, skarży się na dolegliwości w prawej stronie brzucha. Obmacywaniem po tej stronie stwierdzono zlewające się, twarde pakiety, uciskające wątrobę i trzewia. W miejscu chełbocącym wydobyto punkcją około 400 cm^3 płynu bursztynowo - mętnego, po czym chory uczuł znaczną ulgę. Po kilku dniach wypisał się ze stanu chorych, by w tydzień później zgłosić się jeszcze raz z prośbą o wypuszczenie płynu z jamy brzusznej. Zgon w niecały miesiąc później, z powodu charłactwa.



Rys. 3.



Rys. 4.

W wypadku tym było wiele interesujących szczegółów, które pokrótce omówimy. Nowotwór przez osiem lat zachowywał się dobrotliwie, po czym nabrał cech złośliwości. Mięsak ten, makroskopowo przedstawiał się raczej jako okrągłokomórkowy, a nie wrzecionowatokomórkowy. Za pierwszym przemawiały takie cechy, jak skłonność do rozpadu, szybki wzrost, przekrój białawo - różowawy i większa miękkość, w końcu obfitsze unaczynienie. Wokół podstawy każdego guza widniała stale sieć naczyń krwionośnych poszerzonych, zbiegających się promienisto w kierunku środka guza. Nieraz słaby uraz, nawet dotknięcie lub zdjęcie gazy z rozpadającego się wierzchołka, powodowały obfite krwawienia.

Wszelkie pierwotne guzy powłok brzusznych, tym bardziej ten nowotwór, podobnie jak czerniaki, prognostycznie niepomyślne, należą do względnie rzadkich (5).

Mięsaki powłok brzusznych, podobnie jak włókniaki lub włókniakomięsaki, wychodzą z powięzi czy mięśni, najczęściej w dolnej części brzucha. W naszym przypadku guz pojawił się w górnej części, w okolicy pośrodkowej, a więc najprawdopodobniej wyszedł z torebki mięśnia prostego czy jego smugi ścięgnistej. Zresztą sprawa nie była jasna, tak co do punktu wyjścia nowotworu — ponieważ w chwili przybycia chorego do szpitala mieliśmy do czynienia z naroślami dużych rozmiarów, zrośniętymi ściśle z otaczającymi powięziami i tkanką mięśniową, względnie nawet otrzewną — jak i co do etiologii. Opierając się na wywiadach, możnaby myśleć

o powstaniu jakiegoś wylewu krwi, albo o stałym drażnieniu okolicy dołka podżebrowego przez przyciskanie twardych przedmiotów, chory był bowiem tragarzem. Inne czynniki, o których wspominają rozmaici autorowie, nie wchodziły u naszego pacjenta w grę.

Na pozostawienie sieci, nieprzykrytej na dość wielkiej przestrzeni, można się było ważyć z wielu względów, tym bardziej, że już przed 40 laty dowiódł *Roger*, iż sieć jest tęgą zaporą przeciw wtargnięciu infekcji, a *Cornil* i *Carnot*, że potrafi zatykać rany w trzewiach i otorbiać sprawy zapalne. Dalej wiadomo, że sieć, pokryta surowicówką, już w krótkim czasie pod wpływem najrozmaitszych czynników pokrywa się warstwą włóknika. Nam zaś chodziło w pierwszym rzędzie o to, by nie doszło do przenikania zarazków, po drugie o to, by zapobiec resorbcji produktów szkodliwych tak długo, dopóki sieć nie pokryje się ziarniną. Z faktem zmniejszania się zdolności resorbcyjnej otrzewnej należało się liczyć tym bardziej, iż zjawisko to, jak wiadomo, występuje stale po zabiegach chirurgicznych. Liczyliśmy i na wpływ hamujący, wywierany przez powietrze zimne, na przemijające wysuszenie itp. Najwięcej nadziei pokładaliśmy w tym, że pacjent znosił dotychczas zabiegi niewspółmiernie lekko w stosunku do ich rozległości. Wprawdzie z 11 u nas odbytych operacyj, tylko w trzech mniejszych nastąpił rychłozrost, pozostałe zaś goiły się wtórnie, lecz każdorazowo bez jakichkolwiek powikłań tak ogólnych, jak miejscowych. Tkanka ziarninowa pojawiała się zawsze obficie, a naskórek szybko posuwał się od brzegów rany, tak że chory przebywał w szpitalu przeciętnie 11 dni. Pozostawiając sieć nieprzykrytą obawialiśmy się najbardziej jej wypchnięcia, chory bowiem pokaszliwał stale, w związku z nałogowym paleniem i rozedmą płuc, wiadomo zaś, że kaszel i wymioty bywają najczęstszą przyczyną rozejścia się ran operacyjnych brzucha (6). W tym przypadku mógł wchodzić w rachubę jedynie kaszel, nigdy bowiem u naszego chorego nie było wymiotów po dotychczasowych zabiegach. Ostatecznie wynik końcowy okazał, że wybór nasz był trafny.

Postąpiliśmy analogicznie, jak przed kilku laty *Wincenty Jabłoński*, który wyciął doszczętnie zgorzelinowy płat powłok brzusznych u kobiety. Była to zgorzel sucha w dolnej prawej ćwiartce ściany brzucha po pijawkach, zaleconych przez znachora (w przypadku ropnego, ograniczonego zapalenia otrzewnej, pochodzenia niepewnego). U chorej tej w kilkanaście godzin po zabiegu oddzieliła się samoistnie od tkanki zdrowej reszta odgraniczonej, najgłębszej warstwy ściany, tak że kątnica i część wstępnicy znalazły się całkowicie odsłonięte. Codzienne obfite nakładanie maści borowej, ścisłe zachowanie ułożenia na plecach — i chora po blisko dwumiesięcznym leczeniu opuściła szpital wyleczona. Różnica pomiędzy tym przypadkiem, a naszym polegała na tym, że w pierwszym blaszki otrzewnej ściennej i trzewnej skleiły się poprzednio, zanim część znekrotyzowana odpadła, w naszym natomiast musieliśmy dopiero liczyć na sklejenie.

Co do następstw pooperacyjnych, tyczących się ściany brzucha, należałoby poświęcić jeszcze kilka zdań dostosowaniu się do zadań, przypadających jej z natury rzeczy. Mając na uwadze złośliwość nowotworu, nie można się było liczyć z rolą, jaką powłoka brzucha miała spełnić. Wznowy narośli mięsakowych w coraz to innych okolicach powłoki brzusznej i ich doszczętne (o ile możności) usuwanie wraz z możliwie największym otoczeniem, tj. z mięśniami, powięzią itd. z cięć okrągłych, poza podstawą guzów, a nie podłużnych, nad szczytem guzów, jak w typowych dermoidach o utkaniu włóknistym, doprowadziły

w końcu do tego, że żebra i wyrostki poprzeczne kręgów rysowały się wyraźnie tuż pod bliznowatą skórą. Wszystkie mięśnie zostały usunięte w górnej przedniej ścianie brzucha aż po pępek, już podczas 2 pierwszych pobytów chorego u nas. Pozostał tylko wąski pasek mięśni w dogłowowym odcinku dołu podżebrowego. Dzięki temu po wygojeniu górna ściana brzucha, złożona z bliznowatej skóry i otrzewnej, stała się jakby rozścięgnem dla ocalałych resztek mięśni poniżej pępka. W dalszych zabiegach wycinano coraz większe połacie mięśni brzucha, dochodząc w końcu mniej więcej do wysokości linii Douglasa, a więc w przybliżeniu w linii poziomej w środku odległości między pępkiem, a spojeniem łonowym. W dolnej części brzucha pozostała tylko część dalsza mięśnia prostego, nieco dłuższa po stronie prawej, aniżeli lewej. Wynika z tego, że obie distalne resztki mięśni prostych ograniczyły się do przestrzeni, odpowiadającej w przybliżeniu cavum Retzii.

Pomimo tak rozległych ubytków mięśniowych i, co dziwniejsze, pomimo oddawania się przez chorego ciężkiej pracy, dzięki twardej i niepodatnej skórze bliznowatej, w ciągu 10 lat nie doszło do przepukliny brzusznej, jak to z zainteresowaniem stwierdzaliśmy przy każdorazowym zgłaszaniu się chorego do nowego zabiegu. Zdawałoby się, że po tak rozległych wycięciach mięśni brzucha powinnyby wybitnie ucierpieć tak tłocznia brzuszna, jak ruchy tułowia ku przodowi. Tymczasem z wywiadów wynikało, że ucisk ściany brzucha, zredukowanej w przeważnej mierze do skóry, tylnej blaszki pochewki mięśni i otrzewnej — oraz przez resztki nieusuniętych mięśni u dołu, poniżej linii półkolistej Douglasa, na trzewia jamy brzusznej, musiał być wystarczający. Również nie zauważył chory jakichkolwiek dolegliwości przy oddychaniu, szczególnie podczas wydechania, z czego należałoby wysnuć wniosek, że podnoszenie przepony przez uciskanie trzew brzusznych było prawidłowe i że pozbawienie powłok mięśni, nie odegrało w tym kierunku większej roli. Co do działalności mięśnia prostego, przedstawiciela mięśni podłużnych brzucha, to za pomocą jego resztek końcowych, zwłaszcza dolnych, od linii Douglasa do spojenia łonowego, odbywało się z trudem i wysiłkiem zbliżanie nieobciążonej klatki piersiowej ku ustalonej miednicy, odwrotnie jednak, (w pozycji leżącej), zbliżania miednicy, przy ustalonej klatce piersiowej, chory nie potrafił wykonać. Zdawałoby się, że pozostałe części mięśni prostych powinnyby ulec przerostowi z tytułu przejęcia zwiększonego zadania. Tymczasem, na podstawie obserwacyj, należałoby raczej przyjąć ich zanikanie, z powodu uszkodzeń zaopatrujących zakończeń nerwowych (7).

PIŚMIENNICTWO:

1) Według *Wilhelma Müllera:* Die Chirurgie der Bauchwand 1927, 2) *Hochenegg-Payr:* Handbuch der Chirurgie, 3) *König, E.:* Die körpereigene freie Faszienverpflanzung. 1928, 4) Cyt. według *W. Müllera,* 5) *S. Liebeskind:* O włókniakach twardych powłok brzusznych. Pol. Gaz. Lek. 1928. Str. 921. *(L. Szenwic* zebrał w polskim piśmiennictwie do 1928 r. 16 przypadków, w tym 14 kobiet, 2 mężczyzn), 6) *Madelung:* Über der postoperativen Vorfall von Baucheingeweiden Verh. Deutsch. Ges. Chir. 1925. (dyskusja i literatura), 7) *Assmy:* Über den Einfluss der Durchtrennung motorischer Nerven auf die Narbenbildung bei extramedianen Bauchschnitten. Beitr. klin. Chir. 23. 109, 8) *Stich-Makkas:* Fehler und Gefahren der Chirurgie, 9) *Poniemuński:* Schorzenie powłok brzucha na tle uszkodzeń nerwów. Pol. Gaz. Lek. 1931. Str. 56, 10) *Witold Nowicki:* Anatomia Patologiczna.

Z U S A M M E N F A S S U N G.

Netzplastik des Bauchdeckendefektes

v.

Dr J. Peter (Tomaszów lub.)

Bericht über einen Fall des Sarcoma fusocellulare der Bauchdecken. 10 Jahre langsames, gutartiges Wachstum, dann aber Übergang zu schnellwachsenden, rezidivierenden multiplen Sarkomen, dessen Dauer beinahe 11 weitere Jahre betraf. Während dieser Zeit 13 mal operiert und endlich infolge einer Kachexie gestorben. Ausgangspunkt: Rectusscheide, bzw. inscriptiones tendineae im oberen Abschnitte. Aethiologisch kommen zahlreichere Traumen vor.

Allmählich wurden während obgenannter Operationen alle Muskel samt Umgebung und Scheiden entfernt, so dass die Bauchwand in seinem grösseren Umfange aus Haut, Aponeurosestreifen und Bauchfell bestand. Bei der 12-ten Operation, nach Extirpation mehrerer umfangreicher Tumoren, entstand ein handgrosser Bauchdeckendefekt, in welchen Netz eingenäht wurde, ohne es mit Haut oder freiem Transplantat aus fascia lata, oder dsgl. zuzudecken (infolge schlechten Zustandes des Kranken). Nach Transalbe glatte sekundäre Heilung. Merkwürdigerweise kam es zu keinem Bauchbruche während dieser ganzen Zeit. Bauchpresse und Atmungsfunktionen ständig befriedigend. Rumpfbewegungen beschränkt. Die Art der Geschwulst wurde histopathologisch festgestellt.

Wrażenia z oddziałów chirurgicznych niektórych szpitali dla dzieci zagranicą

podał

Dr Jan Kossakowski.

W roku bieżącym, wyjeżdżając dwukrotnie za granicę, miałem sposobność zwiedzenia szeregu oddziałów chirurgicznych dla dzieci w Szwajcarii, Francji oraz Belgii. Rozporządzając dość ograniczoną ilością czasu, postanowiłem pobyt swój wykorzystać w ten sposób, by zwiedzić jaknajwiększą liczbę oddziałów dziecięcych w miastach uniwersyteckich.

Jest rzeczą zrozumiałą, że pobyt, trwający przeciętnie 2 — 3 dni w każdym mieście, nie pozwala na dokładniejsze zaznajomienie się z metodami pracy w poszczególnych oddziałach, ani na głębsze wniknięcie w szereg nieraz bardzo ciekawych szczegółów. W większości szpitali musiałem się ograniczyć do zwiedzenia oddziału, przyjrzenia się zabiegom wykonywanym w tym czasie, oraz do zebrania ustnych informacyj, dotyczących bądź miejscowych warunków pracy, bądź niektórych metod stosowanych w oddziale. To też w niniejszym artykule nie znajdzie czytelnik wyczerpujących danych o poszczególnych placówkach chirurgii dziecięcej zagranicą, a raczej szereg luźnych spostrzeżeń o charakterze ogólnoinformacyjnym.

SZWAJCARIA.

Zanim przystąpię do właściwego tematu, nie mogę pominąć milczeniem faktu niezwykłej życzliwości, z jaką spotykają się przyjezdni goście w szpitalach szwajcarskich. Można powiedzieć bez przesady, że w kraju tym zbędne jest posiadanie listów polecających lub powoływanie się na kogo-

kolwiek. Spotykając na każdym kroku wszelkie ułatwienia, mogłem nawet w krótkim czasie wykorzystać do maximum swój pobyt w Szwajcarii.

Genewa. W Genewie istnieją dwa oddziały chirurgiczne dla dzieci: jeden mieści się w uniwersyteckiej klinice chirurgicznej w Hôpital Cantonal, drugi zaś w Hôpital Gourgas. W mieście tym znajduje się jeszcze klinika pediatryczna przy ulicy Prevost-Martin, lecz nie posiada własnego oddziału chirurgicznego.



Rys. 1. Genewa. Szpital Gourgas.

Hôpital Gourgas jest szpitalem fundacyjnym, który powstał w 1872 roku z inicjatywy p. Heleny Vernet pod nazwą „Maison des enfants malades". Dopiero w roku 1907 został zorganizowany właściwy oddział chirurgiczny, nie posiadający przed tym nawet oddzielnej salki operacyjnej. Przed paru laty szpital został przebudowany i rozszerzony, i może obecnie pomieścić 150 chorych (rys. 1). Oddział chirurgiczny znajduje się na parterze i liczy 35 łóżek, rozmieszczonych w kilku niewielkich salkach, w których razi zbyt bliskie zesunięcie łóżek, spowodowane brakiem miejsca. Jedna z sal jest przeznaczona wyłącznie dla noworodków i niemowląt, które spędzają około godziny po obiedzie w zupełnej ciemności i ciszy. Kierownikiem oddziału chirurgicznego jest docent *Martin du Pan*, poza nim jedynym lekarzem, pomocnikiem i zastępcą ordynatora jest dr *Perrot* z kliniki Ombrédanne'a.

Praca w oddziale rozpoczyna się koło 10-ej rano, przy czym operacje oddziałowe dokonywane są tylko dwa razy w tygodniu. Prócz dzieci, znajdujących się w szpitalu w oddziale *doc. Martina*, operowane są również rozmaite wady rozwojowe u noworodków, dostarczanych tu z okolicznych zakładów położniczych, zwłaszcza, że klinika chirurgiczna z braku odpowiednich warunków, niechętnie przyjmuje dzieci w tym wieku.

Bardzo interesująco przedstawia się kolekcja odlewów gipsowych paszcz wilczych i rozszczepów podniebienia, skrupulatnie wykonywanych przed operacją i w jakiś czas po zabiegu. Odlewy te w pouczający sposób uwidaczniają kształty i wzajemny stosunek części kostnych przed i po zabiegu, zależnie od rozmaitych metod operacyjnych, stosowanych od szeregu lat w oddziale.

Martin operuje zazwyczaj w asyście jednego ze studentów medycyny, którzy okresowo pracują w szpitalu. Zasadniczo stosuje się tu uśpienie eterowe; u dzieci powyżej lat 10-ciu rozpoczęto od niedawna próby z uśpieniem ewipanem. Sposób, którym operuje *Martin*, zwrócił moją uwagę, gdyż pomimo słabo wyszkolonej asysty, operacje odbywają się niezwykle szybko i sprawnie, chociaż w samej pracy nie dostrzega się pośpiechu. Przez cały czas trwania zabiegu dookoła pola operacyjnego, jak również wśród narzędzi, jest wzorowy porządek i czystość, każdy ruch jest celowy i zręczny, a przy tym panuje na sali atmosfera spokoju i zupełna cisza, sprawiająca niezwykle dodatnie wrażenie. Przygotowanie pola operacyjnego polega na umyciu wodą z mydłem odpowiedniej okolicy w przeddzień zabiegu, bezpośrednio zaś przed operacją smaruje się skórę 5% jodyną. Sądzę, że słuszne jest zapatrywanie *Martina*, że parokrotne mycie skóry przed zabiegiem, zwłaszcza u dzieci małych, wywołuje podrażnienie powłok, co oczywiście sprzyja wtórnym zakażeniom rany.

Operując przypadki przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, *Martin* poszukuje zawsze obecności błony Jacksona, którą usuwa, twierdząc, że pozostawienie jej jest często przyczyną utrzymywania się dolegliwości bólowych. Jako dowód, w jakim stopniu przywiązuje do tego szcze-

gólu wagę, opowiadał mi, że u swej córki, operowanej przez innego chirurga na zapalenie wyrostka, a cierpiącej na bóle w dole brzucha po stronie prawej, wykonał osobiście wtórną laparotomię w celu usunięcia tej błony, po czym dopiero ustały wszelkie dolegliwości. Po wycięciu błony Jacksona przysypuje kątnicę i otrzewnę ścienną proszkiem jodoformowym i wlewa do brzucha 3 — 4 cm^3 10% olejku kamforowego, co ma zapobiegać tworzeniu się zrostów w tym miejscu. Widziałem operowany przez *Martina* rozszczep podniebienia miękkiego u dziecka, podam więc w krótkości stosowaną przez niego technikę:

Operuje sposobem, będącym kombinacją metody Veau i Langenbecka, gdyż od pierwszego zapożycza szew trzypiętrowy oraz sposób zakładania szwów na mięśnie, stosując jednocześnie niewielkie boczne cięcie odbarczające i uruchomienie płatów. Brzegi rozszczepu nacina podłużnie i rozwarstwia. Następnie, po wykonaniu cięć odbarczających i uruchomieniu płatów, przeprowadza z każdej strony po kilka szwów strunowych, obejmujących podśluzowo warstwę mięsną, i pociągając za końce tych szwów, udostępnia sobie warstwę głęboką, którą zeszywa pojedyńczymi cienkimi szwami silkowymi. Po związaniu wyżej wspomnianych szwów strunowych, zbliżających obustronnie warstwę mięsną, zeszywa śluzówkę od strony jamy ustnej również silkiem. Przy tym stosowane jest uśpienie eterowe za pomocą przyrządu do wdmuchiwania przez cewnik, wprowadzany do nosa. Wargi zajęcze oraz paszcze wilcze operuje niezmienionym sposobem Veau.

Podczas wizyty widziałem szereg przypadków zapalenia szpiku kostnego. W ostrych postaciach tego schorzenia *Martin* jest zwolennikiem jak najbardziej oszczędzających metod postępowania (nacinanie części miękkich, ewentualnie okostnej), oraz stosowania szczepionek i wspomina o swej rozmowie z *Leveufem*, do niedawna gorącym zwolennikiem wycinania podokostnowego trzonów kości, który jakoby obecnie również coraz więcej skłania się do metod bardziej zachowawczych. W przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci, w oddziale *Martina*, dotychczas jeszcze stosuje się często sączkowanie jamy brzusznej.

Hôpital Cantonal. W szpitalu tym przy klinice chirurgicznej prof. *Jentzera* jedna sala na 20 łóżek przeznaczona jest dla dzieci. Oddział dziecięcy znajduje się pod opieką jednego z asystentów kliniki, który najczęściej odbył przed tym stage chirurgii dziecięcej. Oprowadzał mnie dr *Roulet*, który czas jakiś spędził u Ombrédanne'a, następnie zaś u Hagenbacha w Bazylei.

Sala dziecięca, jak i reszta pomieszczeń tego ogromnego szpitala, jest bardzo duża i wysoka, jednak nieco ciemna i przez to sprawia wrażenie dosyć ponure. Wśród chorych widzi się dzieci przeważnie starsze, dużo przypadków urazowych: złamania kończyn i liczne urazy czaszki. Sala operacyjna jest wspólna z oddziałem dla dorosłych.

Lozanna. W mieście tym dziecięce oddziały chirurgiczne znajdują się w następujących szpitalach: Hospice de l'enfance, Hôpital Cantonal i oddział ortopedyczny w Hospice Orthopédique.

Hospice de l'enfance de Lausanne jest szpitalem fundacyjnym, założonym w 1861 roku. Szpital składa się z kilku bundynków i posiada w jednym z oddzielnych gmachów obszerny pawilon obserwacyjny. Ogólny widok tego szpitala przedstawia rys. 2. Oddział chirurgiczny zajmuje pierwsze piętro i liczy 40 łóżek. Bezpośrednio z sal chirurgicznych wychodzi się na obszerne kryte werandy, mogące pomieścić jednocześnie wszystkich chorych przebywających w oddziale, to też, o ile jest odpowiednia pogoda, dzieci, nie wyłączając tych, które danego dnia mają być operowane, już od 8-ej rano spędzają czas na dworze. Wszystkie łóżeczka mają kółka, co znacznie ułatwia przewożenie chorych.



Rys. 2. Lozanna. „Hospice de l'enfance".

Ordynatorem oddziału chirurgicznego jest dr *Picot*, jego współpracownikiem doc. *Vuillet*, wykładający chirurgię dziecięcą na uniwersytecie w Lozannie. W Hospice de l'enfance praca rozpoczyna się około 8-ej rano, przy czym obaj lekarze operują najczęściej razem, w razie potrzeby pomaga im młoda lekarka, pracująca poza tym w oddziale wewnętrznym.

Podczas wizyty na salach chorych, dr *Picot*

opowiadał mi z przejęciem o dwóch przypadkach warg zajęczych u niemowląt, operowanych w wilię mego przyjazdu, a które zmarły wśród zespołu objawów bladości i przegrzania, zaznaczając, że nie raz już mieli sposobność spostrzegać to ciężkie powikłanie. Poruszając zagadnienie leczenia ostrego zapalenia szpiku kostnego u dzieci, dowiedziałem się ze zdumieniem, że ciężka, septyczna postać tego schorzenia rzadko jest spostrzegana w tych stronach. Doc. *Vuillet* wyjaśniał mi, że raz jeden tylko widział u dziecka tę chorobę o tak ciężkim przebiegu. Mimowoli nasunęło mi się pytanie, czy wyjątkowa rzadkość tych groźnych postaci zapalenia szpiku w niektórych miejscowościach nie jest częściowo przyczyną powstawania tu i ówdzie, krańcowo zachowawczych metod leczenia tej choroby.

O godzinie 9-ej rano rozpoczęły się operacje, dokonywane tego dnia przez *Vuilleta*. Dzieci są przewożone na operację w swych łóżeczkach do małego, dobrze ogrzanego pokoju, przylegającego do sali operacyjnej, skąd po uśpieniu przenoszą je na stół. Od czasu stosowania w oddziale tego sposobu przewożenia chorych we własnym łóżku, powikłania płucne należą do wyjątków, co potwierdzałoby zasadę, głoszoną przez Ombrédanne'a, że pooperacyjne zapalenia płuc u dzieci zależą nie tyle od wyboru środka usypiającego, ile od przeziębienia chorego przed, podczas lub po zabiegu. W oddziale stosują uśpienie za pomocą mieszanki eteru z chloroformem, oraz dosyć często znieczulenie miejscowe.

Nie będę tu wyszczególniał szeregu wykonanych w tym dniu operacyj, podkreślę natomiast niektóre szczegóły. Przy usuwaniu wyrostka nie miażdżą jego podstawy, lecz podwiązują nitką jedwabną, a po odcięciu wpuklają kikut, nakładając dwupiętrowy szew na kątnicę. Przepukliny pachwinowe operują sposobem Czerny'ego (marszczenie nierozciętej powięzi mięśni skośnych brzucha) i zabieg ten wykonują nawet odrazu obustronnie. Podczas zabiegów kostnych (aseptycznych) brzegi rany opinają serwetami za pomocą klamerek, co ma zapewniać większą aseptykę dzięki mocniejszemu i szczelniejszemu opięciu skóry. Koło godziny 1-ej po południu praca w oddziale była już skończona.

Hopital Cantonal. W szpitalu tym mieści się klinika chirurgiczna prof. *Deckera* (dawniej klinika prof. *Roux)*. Tu również jedna sala przeznaczona jest wyłącznie dla dzieci. Niestety, z powodu wybuchu wśród chorych płonicy, sala ta podczas mego pobytu była zamknięta. Wśród szeregu operacyj, wykonywanych tego dnia przez profesora i jego asystentów, jedynym zabiegiem u dziecka (pięcioletnia dziewczynka) było usunięcie wyrostka robaczkowego w stanie zgorzeli, przy czym jamę brzuszną sączkowano niewielkim pasemkiem gazy.

Hospice Orthopédique — jest fundacją, założoną przez Henryka Martin w roku 1876. Szpital ten znajduje się na niewielkim wzgórzu o parę minut drogi od Hôpital Cantonal, posiada 85 łóżek, przeznaczonych przeważnie dla dzieci, lecz również leczą się tu chorzy w wieku starszym. Dyrektorem i kierownikiem zakładu jest prof. *Nicod*, posiadający do pomocy tylko jednego lekarza - asystenta. Na parterze mieści się wielka sala gimnastyki ortopedycznej, wyposażona w szereg przyrządów, z których każdy posiada specjalne przeznaczenie. Ćwiczenia odbywają się pod dozorem lekarza oraz wykwalifikowanych pielęgniarek. Jedna osoba obsługuje najwyżej dwa przyrządy naraz. Do godziny 11-ej rano ćwiczą się chorzy szpitalni, po tej godzinie przychodzą chorzy z miasta. Przy sali gimnastycznej znajduje się szereg kabin, w których odbywa się masaż. Jeden pokój przeznaczony jest wyłącznie do gimnastyki bez przyrządów, odbywającej się pod kierunkiem niewidomego instruktora, który z zadziwiającą dokładnością i wyczuciem prowadzi ćwiczenia, polegające na wykonywaniu ruchów biernych i czynnych. Chorzy podczas tej gimnastyki albo są układani na twardym stole, albo ćwiczą stojąc. Głównie zgłaszają się tu dzieci z rozmaitymi postaciami skrzywień kręgosłupa.

Sale chorych mieszczą się na pierwszym piętrze i posiadają rozległe werandy. Podczas wizyty profesor odbył przegląd wszystkich chorych oddziału. *Nicod* wykonywa dużo operacyj Albeego zarówno w przypadkach gruźlicy kręgów, jak w rozległych skrzywieniach kręgosłupa. Chorzy ci są operowani, leżąc w przygotowanych uprzednio łóżkach gipsowych, w których, w ułożeniu na brzuchu, pozostają parę miesięcy. Duży odsetek chorych stanowią przypadki choroby Litlle'a. Gruźlica stawu biodrowego leczona jest zasadniczo za pomocą wyciągu stałego, jednak *Nicod* podkreśla, że ilekroć bóle stawowe utrzymują się lub nasilają, bezwzględnie wskazane jest założenie gipsu.

Wśród dzieci widziałem dużo przypadków wrodzonej stopy końsko-szpotawej. W stosunku do tego cierpienia *Nicod* jest nastawiony jak najbardziej zachowawczo, unikając o ile się tylko da jakichkolwiek zabiegów. Jeżeli dzieci te zjawiają się wcześnie (w pierwszych tygodniach życia), to leczenie jest następujące: nakłada się

na nóżkę gips w ustawieniu końskim na przeciąg 3 — 4 tygodni. Następnie, po zwalczeniu ustawienia szpotawego, stopniowo uzyskuje się ustawienie stopy pod kątem prostym, a nawet hiperkorekcję, utrzymaną za pomocą bardzo pomysłowych szyn drucianych z ruchomą podpórką na stopę, przymocowaną do zgięcia kolanowego szyny dwoma paskami mocnej gumy. Szyny te są proste i tanie, a matki same mogą je dzieciom zakładać w domu; służą one przez czas dłuższy, gdyż chorzy pozostają w nich także na noc, nawet już w okresie chodzenia.



Rys. 3. Bern. Szpital dla dzieci im. Jennera. Weranda oddziału chirurgicznego.

Sala operacyjna oraz jej wyposażenie jest bardzo skromne i nie przedstawia nic szczególnego. W godzinach popołudniowych wprowadzono godzinę przymusowego chodzenia, obowiązującą wszystkich chorych, którym pozwolono wstawać. Należy dodać, że prof. *Nicod* oraz jego metody cieszą się, zwłaszcza wśród sfer lekarskich Szwajcarii, niebywałym uznaniem, żałowałem więc bardzo, że tak krótki czas mogłem poświęcić na pobyt w Lozannie, lecz nadchodzące dwa dni świąt uczyniły pozostanie w tym mieście niecelowym.

Bern. Największy oddział chirurgiczny dziecięcy w Szwajcarii znajduje się w Bernie w *Jenner Kinderspital* przy klinice pediatrycznej uniwersytetu. Oddział liczy 70 łóżek. Kierownikiem oddziału jest prof. *Matti*. Niestety, z powodu święta nie zastałem w oddziale nikogo z lekarzy, zwiedzałem więc szpital, korzystając z informacyj oprowadzającej mnie pielęgniarki. Sale chorych są bardzo obszerne i jasne, również wszędzie są werandy, na których dzieci spędzają większą część dnia (rys. 3). Oddział posiada jedną salę operacyjną oraz salkę opatrunkową. Poza profesorem pracuje na chirurgii dwóch lekarzy asystentów. Operacje oddziałowe odbywają się raz w tygodniu, do zabiegów nagłych przyjeżdża zwykle kierownik oddziału osobiście.

Wśród chorych znaczną część stanowią przypadki urazowe, głównie złamania. Widziałem również kilka przypadków warg zajęczych oraz paszcz wilczych, z których parę było już po zabiegu. Ze słów pielęgniarki dowiedziałem się, że w oddziale stosowane jest przeważnie uśpienie eterowe. Oddział posiada również niewielką salkę, w której odbywają się dla studentów pokazy i wykłady, prowadzone przez prof. *Matti*.



Rys. 4. Zurych. Szpital dla dzieci.

W klinice chirurgicznej profesora *de Quervaina* jest również sala dziecięca, jednak szpitala tego nie zwiedzałem.

Zurych. W Zurychu znajdują się dwa oddziały chirurgiczne dla dzieci; jeden mieści się w Kinderspital, drugi zaś w Kantonspital.

Kinderspital (rys. 4). Szpital ten posiada 250 łóżek, zaś oddział chirurgiczny liczy 50. Ordynatorem jest prof. *Monnier*, któremu w pracy pomaga dwóch lekarzy asystentów. W skład szpitala wchodzi szereg budynków, rozrzuconych wśród pięknego parku, położonego na wzgórzu. Wszystkie gmachy są nowocześnie budowane i bardzo bogato wyposażone. W oddziale chirurgicznym chorzy są pomieszczeni w oddzielnych szklanych boksach, bezpośrednio z sal wychodzi się na obszerne werandy. W oddziale znajdują się aż 3

sale operacyjne, z których jedna jest przeznaczona wyłącznie dla zabiegów ropnych.

Ze słów oprowadzającego mnie dr. *Groba* (zastępcy profesora) dowiedziałem się, że duży odsetek chorych stanowią rozmaite wady rozwojowe, zwłaszcza paszcze wilcze, wargi zajęcze oraz rozszczepy podniebienia, które w oddziale operowane są sposobem Veau. Na salach widziałem szereg dzieci z złamaniami kości długich — zaznaczę, że złamania uda leczone są u *Monniera* za pomocą wyciągu gwoździem, przeprowadzonym przez kość, przy czym powikłań w tej metodzie u dzieci dotychczas nie spostrzegano.

Operowano w mej obecności ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Lekarze operują, siedząc na wygodnych stołkach. Operacja odbywa się szybko i sprawnie, niezbyt jednak trafia mi do przekonania stosowanie tu, jak zresztą i w innych szpitalach szwajcarskich, zbyt małych cięć w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robacz-



Rys. 5. Zurych. Szpital kantonalny.

kowego. Ciekawym szczegółem jest fakt, że w oddziale tym jakoby nigdy jeszcze nie spostrzegano zespołu bladości i przegrzania u dzieci. Opowiadano mi, że profesor wyraża się żartobliwie o tym powikłaniu, nazywając je chorobą wymyśloną i spostrzeganą jedynie przez Francuzów.

Kantonspital. W szpitalu tym mieści się klinika chirurgiczna prof. *Clairmonta*. W pobliżu kliniki w niewielkim budynku (rys. 5) znajduje się oddział dziecięcy na 20 łóżek oraz instytut radowy. Sale dziecięce, prócz werand otwartych, posiadają dużą oszkloną, ogrzewaną salę, pozwalającą na przebywanie w niej w czasie zimna i niepogody. Sala operacyjna znajduje się w gmachu kliniki, dokąd dzieci są przewożone na operacje.

Bazylea. Ze wszystkich zwiedzanych przeze mnie szpitali dziecięcych w Szwajcarii najładniejszy i najbardziej luksusowo wyposażony jest Kinderspital w Bazylei (rys. 6 i 7). Szpital liczy 150 łóżek, oddział chirurgiczny zaś 50 łóżek. Kierow-



Rys. 6. Bazylea. Szpital dla dzieci.

nictwo oddziału chirurgicznego znajduje się w ręku prof. *Hagenbacha*, uchodzącego za wybitnego specjalistę w dziedzinie wszelkich zabiegów plastycznych w wadach rozwojowych. Prócz profesora w oddziale pracuje jeszcze jeden lekarz - asystent. Chorzy mieszczą się po sześciu w każdej sali. Ścianki między salami są oszklone, co znacznie ułatwia pielęgniarce nadzór nad chorymi. Oddział posiada również obszerne werandy dla chorych. Do każdego łóżka przymocowana jest niewielka wisząca szafka, w której chory posiada własną szczotkę do zębów, kubek, ręcznik, serwetę itp. W końcu obszernego korytarza, przebiegającego wzdłuż sal chorych, mieszczą się dwie sale operacyjne, wyposażone we wszelkie środki techniczne.

Niestety, podczas mego pobytu nie miałem sposobności widzieć żadnej operacji, jedynie tylko uczestniczyłem w wizycie na salach, podczas któ-



Rys. 7. Bazylea. Szpital dla dzieci.

rej profesor *Hagenbach* niezwykle uprzejmie objaśniał mi wszelkie szczegóły, dotyczące chorych. W oddziale stosowana jest wyłącznie narkoza e-

terowa. Wargi zajęcze oraz paszcze wilcze *Hagenbach* operuje najchętniej w 3. — 4. miesiącu życia, przy czym stosuje metodę Veau, unikając wszelkich zabiegów kostnych. W sprawie operacyjnego leczenia rozszczepów podniebienia jest zdania, że metoda Veau byłaby doskonała, gdyby nie używanie drutu, który u dzieci powoduje szybkie przecinanie tkanek, co sprawia rozejście się szwów. Poza odlewami gipsowymi, oglądałem szereg albumów fotograficznych, przedstawiających zdjęcia operowanych dzieci przed i po operacji i muszę przyznać, że wyniki osiągane przez *Hangenbacha* wyglądają bardzo zachęcająco.

W przypadkach ostrego zapalenia wyrostka u dzieci w oddziale stosuje się sączkowanie jamy brzusznej. Należy dodać, że sączki te — to cieniutkie pasemka gazy, które się usuwa już po 24 — 36 godzinach po operacji. Ropne zapalenie opłucnej widuje się tu często; przebieg tych przypadków bywa, jak zresztą wszędzie, różnorodny, jednakże od czasu, gdy wprowadzono u chorych tych werandowanie, zwłaszcza w okresie pooperacyjnym, przebieg stał się na ogół pomyślniejszy, śmiertelność zaś zmniejszyła się znacznie. Spostrzeżenie to potwierdza większość chirurgów dziecięcych w Szwajcarii. *Hagenbach,* operując ropniaki opłucnej u dzieci, stosuje chętniej wycięcie żebra niż pleurotomię, która, jego zdaniem, najczęściej jest niewystarczająca.

Po tym krótkim przeglądzie najważniejszych placówek dziecięcych w Szwajcarii, należy podkreślić, że sprawa wydzielenia tej gałęzi chirurgii, jako odrębnej specjalności, wymagającej nie tylko osobnych oddziałów dla dzieci, lecz i odpowiednio wyszkolonych lekarzy, znalazła w tym kraju całkowite zrozumienie. Dowodzi tego nie tylko duża ilość oddziałów chirurgicznych w szpitalach dziecięcych, lecz również stworzenie w większości klinik osobnych sal, przeznaczonych wyłącznie dla dzieci. Sądzę, że korzyści wynikające z tego podziału chorych, oddawna zresztą już dokonanego w zakresie medycyny wewnętrznej, są niewątpliwe i nie wymagają żadnych komentarzy.

Kończąc ustęp o Szwajcarii, podam w streszczeniu niektóre dane dotyczące metod leczniczych, stosowanych w większości oddziałów dziecięcych:

1. W ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego u dzieci stosuje się sączkowanie jamy brzusznej (w przypadkach zgorzeli i przedziurawienia).
2. W ostrym zapaleniu szpiku kostnego istnieje tendencja do stosowania metod możliwie oszczędzających (nacięcia skóry i okostnej), oraz leczenia szczepionkami.
3. Wargi zajęcze i paszcze wilcze operowane są nie wcześniej, niż w 3 — 4-tym miesiącu życia techniką Veau. W przypadkach paszcz lub warg dwustronnych stosuje się zabieg dwuczasowy, naprzód jedna strona, po pewnym zaś czasie druga. Zabiegów kostnych (przecięcie lemiesza lub wyrostka zębodołowego) nie stosuje się.
4. Rozszczepy podniebienia operowane są w 18-tym miesiącu życia, jako najodpowiedniejszym okresie. Stosuje się albo metodę Veau, lub metody będące kombinacją sposobu Veau i Langenbecka.
5. W większości szpitali stosuje się uśpienie eterowe.

FRANCJA

Paryż. W Paryżu oddziały chirurgiczne dziecięce znajdują się w 4-ch szpitalach: Hôp. des Enfants Malades (klin. prof. *Ombrédanne'a),* Hôp. Trousseau (Dr. *Sorrel),* Hôp. Bretonneau (Dr. *Leveuf),* Hôp. St. Louis (Dr. *Boppe*).

Hôpital des Enfants Malades, (Rue des Sèvres). Klinika prof. *Ombrédanne'a* mieści się w paru budynkach, znajdujących się na rozległych terenach szpitala dziecięcego. W jednym z gmachów jest gipsowania, w której znajdują się również rozmaite przyrządy ortopedyczne. Pokazywano mi aparat w postaci stołu o ruchomym taśmowym blacie, poruszanym za pomocą elektryczności. Stół ten posiada poręcze i służy do badania sposobu chodzenia u dzieci, którym stopniowo z pod nóg usuwa się poruszająca się taśma, zmuszając je do ustawicznego przebierania nogami. Sale chorych wraz z operacyjną mieszczą się w oddzielnym pawilonie. Poza tym klinika posiada osobną salę, w której są operowane wyłącznie zabiegi nagłe.

Niestety podczas mego pobytu profesor był nieobecny, korzystałem więc z objaśnień szefa kliniki dra *Petita.* Klinika liczy 100 łóżek. Zaraz przy wejściu znajduje się niewielki gabinet profesora, w którym wszystkie ściany są gęsto zawieszone fotografiami, przedstawiającymi fragmenty życia kliniki z rozmaitych okresów. Naprzeciw gabinetu znajdują się drzwi, prowadzące do obszernej umywalni, stąd zaś wchodzi się do sali operacyjnej, posiadającej dwa stoły. U góry jest oszklona galeria dla studentów i gości. Po przez niewielki korytarz przechodzi się do sal chorych, które są dosyć widne, lecz niezbyt duże,

a małe odstępy pomiędzy łóżkami sprawiają wrażenie nadmiernego stłoczenia chorych. Należy dodać, że klinika mieści się w starych murach szpitalnych, lecz, jak mi mówiono, oczekują obecnie na budowę nowego pawilonu.

Podczas 4-dniowego pobytu widziałem szereg operacyj, wykonywanych przez dr. *Petita* i innych asystentów kliniki. Wszyscy lekarze bez wyjątku operują szybko i wprawnie. Rzuca się w oczy bardzo mała ilość narzędzi, używanych do operacji, jak również brak specjalnych osób do podawania narzędzi, co zresztą spotyka się w większości szpitali francuskich. Narzędzia sterylizowane poukładane są w oddzielnych słoikach i w miarę potrzeby dorzucane przez pielęgniarkę na małe tacki, stojące obok stołu operacyjnego. Szycie odbywa się wyłącznie igłami Reverdina. W klinice stosuje się narkozę eterową za pomocą maski Ombrédanne'a; rozpoczyna się ją od razu od podziałki „6", obniżając stopniowo do „2" lub „1". Wymienię niektóre szczegóły operacyjne: pole przygotowuje się w podobny sposób, jak u Martina w Genewie z tą różnicą, że zamiast jodyny smaruje się skórę przed zabiegiem roztworem jodu w chloroformie (chloroforme iodé 1/20).

Do operacji wyrostka używane jest cięcie Mc Burneya, podstawę wyrostka podwiązuje się bez uprzedniego zmiażdżenia podobnie jak w Hospice de l'enfance w Lozannie. Przepukliny pachwinowe operowane są sposobem, opisanym przez *Ombrédanne'a* w jego podręczniku (1932 r.), nie będę więc się nad tym rozwodził. W przypadkach wnętrostwa stosują skrzyżowanie jąder, t. zw. „orchidopexie transscrotale": jądro lewe zostaje umieszczone w prawej połowie worka i odwrotnie. Podniebienia operowane są metodą *Ombrédanne'a*, również podaną w jego książce; w niewielkich rozszczepach podniebienia miękkiego stosuje się czasem metodę Veau z użyciem drutu. Operację taką wykonano w mojej obecności. Operator siedzi na wysokim stołku, posiadającym oparcie dla nóg, głowa chorego spoczywa na kolanach operującego, który unosząc to jedno, to drugie kolano, może przechylać głowę chorego zależnie od potrzeby w jedną lub drugą stronę. Doskonała lampa czołowa, wygodne rozwieracze i przyrząd do trzymania języka, znakomicie udostępniają pole operacyjne. Przy zabiegu tym stosuje się uśpienie chloroformowe za pomocą przyrządu insuflacyjnego przez nos. W zwężeniach przerostowych odźwiernika stosuje się podłużne przecięcie warstwy mięsnej bez zeszycia. Przypadki spodziectwa operowane są wyłącznie metodą *Ombrédanne'a* (p. podręcznik, str. 851), po czym członek zostaje podwieszony na specjalnej ramie na przeciąg czterech do pięciu dni. Dodam tu, że szew kapciuchowy, okalający płat skórny, nie jest podczas zabiegu dociągany, gdyż ma się to dokonać samoistnie po podwieszeniu prącia, oraz że przecięcie napletka winno być dokonane w odległości najmniej ½ cm. od sulcus coronarius. Również po tym zabiegu nie pozostawia się cewnika moczowego. W oddziale stosuje się nieraz wycięcie podokostowe trzonów kości długich w zapaleniu szpiku kostnego u dzieci. W ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego stosuje się od dawna szczelne zeszycie jamy brzusznej.

Poza kliniką *Ombrédanne'a* spędziłem jeden ranek na operacjach w klinice *Gosseta* i zachęcony uprzejmością doznaną w obu tych szpitalach, chciałem zwiedzić pozostałe oddziały dziecięce w Paryżu. Niestety w szpitalu Trousseau zaraz na wstępie intendent szpitala — kobieta odmówiła mi wręcz nie tylko wejścia, lecz nawet możliwości porozumienia się z którymkolwiek z lekarzy. Zaskoczony tym niemiłym incydentem zrezygnowałem z dalszego pobytu w Paryżu, zwłaszcza, że już pozostało mi niewiele czasu.

BELGIA

Bruksela. W stolicy Belgii oddziały dziecięce mieszczą się w Hôpital St. Pierre (kliniki uniwersyteckie) i w Hôpital Brugmann.

Hôpital Brugmann. Należy do największych i najnowocześniej urządzonych szpitali belgijskich, znajduje się na krańcach miasta i posiada oddziały wszelkich specjalności zarówno dla dorosłych, jak dla dzieci. Po zameldowaniu się w dziale informacyjnym, w niespełna parę minut odprowadzono mnie na oddział chirurgii dziecięcej, którego kierownikiem jest dr *Henry.* Niewielki ten oddział, bo liczący zaledwie 35 łóżek, posiada niezwykle obszerne pomieszczenie. Na wysokim parterze wzdłuż długiego i szerokiego korytarza rozmieszczone są sale chorych, oddzielone między sobą oszklonymi ścianami. Poza dwiema salami operacyjnymi, łazienkami, gipsownią, znajduje się jeszcze sala jadalna, pokój do zabaw, pokój przeznaczony do spotykania się rodziców z dziećmi i jeszcze szereg drobnych pomieszczeń. Z oddziału schodzi się po paru schodach na dół, gdzie znajduje się obszerny ambulans, poczekalnia, sala gimnastyczna i niewielka salka wykładowa. Wszędzie panuje wzorowa czystość, a wiel-

ka ilość światła we wszystkich pomieszczeniach, jak również artystycznie ozdobione malowidłami ściany, sprawiają wrażenie nadzwyczaj miłe. Prócz ordynatora pracuje w oddziale trzech asystentów, poza tym widzi się tu lekarzy przyjezdnych różnych narodowości. Niezbyt ładne, lecz może praktyczne, są fartuchy personelu lekarskiego z grubego, zielonego płótna.

Dr *Henry*, oprowadzając mnie po swym oddziale, pokazuje przypadek raka odbytnicy u 12-letniego dziecka, przy czym zaznacza, że rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem mikroskopowym wyciętego guza. W przypadkach ciężkich postaci zapalenia szpiku kostnego *Henry* stosuje z powodzeniem anatoksynę *(Ramon)*, rozpoczyna od dawki 1/10 cm^3 i powtarza iniekcje w odstępach 3 — 4 dniowych. Jest przeciwnikiem wszelkich zabiegów kostnych w tym schorzeniu, ograniczając się do nacięcia powłok, ewentualnie okostnej. W zesztywnieniach po złamaniach, zwłaszcza przystawowych, uzyskiwał dobre wyniki, stosując acekolinę wstrzykiwaną domięśniowo w pobliżu chorego stawu. W ostrym zapaleniu wyrostka u dzieci jamę brzuszną sączkuje. W przypadkach złamań nadkłykciowych kości ramiennej stosuje nastawienie za pomocą wyciągu gwoździowego, następnie nakłada gips.

Dr *Henry* poza tym jest kierownikiem specjalnego oddziału dla dzieci krzywiczych, znajdującego się w okolicy podmiejskiej, niestety pomimo serdecznego zaproszenia nie mogłem z braku czasu zwiedzić tej ciekawej placówki.

NIEMCY

Berlin. Rozporządzając zaledwie paroma godzinami czasu, wstąpiłem do kliniki prof. *Gohrbandta*, znajdującej się w *Krankenhaus am Urban* (Urbanstrasse). W oddziale tym znajdują się zarówno dorośli, jak i dzieci, dnia tego jednak *Gohrbandt* operował przypadki przerostowego zwężenia odźwiernika u niemowląt. Sposób operowania tych przypadków nie różni się niczym od tego, co widziałem w klinice *Ombrédanne'a*, dodam tylko, że mimo dużej dokładności i ostrożności w robocie, zabieg trwał nie więcej, niż 5 minut. Niemowlęta operowano w uśpieniu eterowym, które *G.* uważa za odpowiedniejsze od stosowanego przez niektórych w tych razach znieczulenia miejscowego.

Wrażenia ogólne.

Nawet krótki pobyt w obcych szpitalach przedstawia szereg korzyści. Zapoznajemy się z jednej strony z urządzeniami szpitala, organizacją pracy, rozmaitymi, często nowymi metodami, oraz z szeregiem drobnych, lecz nieraz wartościowych szczegółów, a z drugiej, wracając do kraju, drogą porównania przekonywujemy się raz jeszcze, że i nasze szpitale nie pozostają w tyle w stosunku do zagranicy, a pod wieloma względami mogłyby nawet śmiało im przodować.

SKRZYNKA ŚWIETLNA

Z oddziału chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie

podał

Dr Jerzy Jasieński.

ordynator oddziału.

Rys. 1 — 2.

Kamica nerkowa nerki z podwójną miedniczką i moczowodem. Kamień stanowi odlew dolnej miedniczki i kielichów.



Rys. 1. Zdjęcie zwykłe.



Rys. 2. Pyelografia wstępująca.

Rys. 3 — 6.

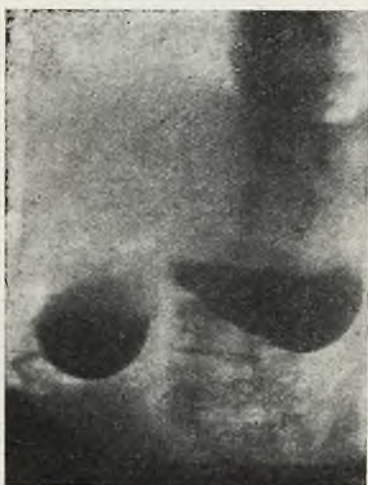
Uchyłek dwunastnicy olbrzymich rozmiarów. Zdjęcia wykonane po godzinie, trzech, siedmiu i 24 godzinach.



Rys. 3. Zdjęcie po godzinie.



Rys. 4. Zdjęcie po 3 godzinach.



Rys. 5. Zdjęcie po 7 godzinach.



Rys. 6. Zdjęcie po 24 godzinach.

Rys. 7 — 10.

Mięsak żołądka. Badanie histologiczne guza wykazało utkanie mięsaka drobno-okrągłokomórkowego.



Rys. 7. Zdjęcie żołądka.



Rys. 8. Zdjęcie żołądka.



Rys. 9. Fotografia wyciętego żołądka wraz z siecią (od zewnątrz).



Rys. 10. Fotografia wynicowanego żołądka. Ze ściany wyrasta guz wielkości pięści.

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie.
Kierownik: Płk dr *T. Sokołowski.*

Leczenie złamań kości piętowej sposobem Westhuesa

podał

Dr Henryk Ciszkiewicz.

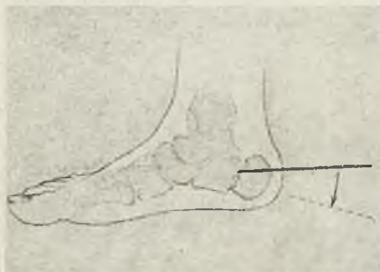
Większość przypadków złamań kości piętowej z przemieszczeniem guza piętowego leczono dotychczas w Instytucie sposobem *Böhlera*[1]), zmodyfikowanym o tyle, że zamiast gwoździa Steinmanna wbijano w guz piętowy klamrę Schmerza, a podudzie zgięte w kolanie pod kątem prostym zawieszano na pętli z opaski płóciennej. Nastawienie złamania odbywało się w uśpieniu, a po nastawieniu nakładano dobrze wymodelowany opatrunek gipsowy; po stwardnieniu gipsu usuwano klamrę Schmerza. Wyniki takiego leczenia były na ogół dobre.

W jednym z ostatnich przypadków równoczesnego złamania obu kości piętowych, po stronie lewej uzyskano wynik dobry, natomiast na stopie prawej, pomimo dwukrotnego nastawiania, nie udało się uzyskać prawidłowego kąta pomiędzy guzem a stawem kości piętowej, względnie kąt ten po usunięciu klamry ulegał ponownemu spłaszczeniu. Wobec tego wypróbowano w tym przypadku sposób *Westhuesa*, opisany ostatnio w nieco zmodyfikowanej postaci przez *Ehalta* („Der Chirurg" Nr 17/37, str. 651 — 5).

W ustawieniu kończyny w zgięciu kolanowym pod kątem prostym, w uśpieniu sennarkolowym wbito pod kontrolą ekranu rentgenowskiego gwóźdź Steinmanna (dług. 17 cm) w guz piętowy, tuż poniżej przyczepu ścięgna Achillesa. Przed wbiciem gwoździa należy ostrzem jego przesunąć nieco skórę w kierunku od podeszwy ku łydce, by uniknąć napięcia przy dalszych manipulacjach. Kierunek wbicia gwoździa, kontrolo-

[1]) „Technika leczenia złamań" wyd. polskie, str. 577 — 607.

wany na ekranie, wypada mniej więcej w długiej osi stopy; głębokość wbicia taka, aby jego wierzchołek sięgał aż do szpary złamania (rys. 1). Po wbiciu gwoździa dokonano nastawienia złamania przez zepchnięcie gwoździa, jak dźwigni, w kierunku podeszwowym, przy jednoczesnym utrzymywaniu śródstopia w ustawieniu zlekka końskim; zepchnięcie przemieszczonego guza piętowego wyczuwało się wyraźnie w postaci chrupnięcia. Po skontrolowaniu na ekranie, że kąt jest



Rys. 1.

prawidłowy i ustawienie odłamów w rzucie bocznym dobre, dokonano ściśnięcia kości piętowej za pomocą zgniatacza, dokręconego na jedną chwilę do rozstępu 35 mm, wreszcie przez przechylenie wbitego gwoździa w stronę boczną poprawiono nieduże przywiedzenie guza piętowego. Nałożono



Rys. 2.

tylny longet gipsowy, sięgający od końców palców do dołu podkolanowego (w longecie tym wycięto uprzednio mały otwór do przepuszczenia gwoździa). Po dobrym wymodelowaniu tego opatrunku nałożono kilka okrężnych opasek gipsowych, obejmujących również całkowicie wystercząjącą w kształcie ostrogi część gwoździa, na którą, dla umożliwienia dobrego ujęcia przez opatrunek gipsowy, nasunięto w sposób szczelny zwykłą szpulkę drewnianą (rys. 2 i 3).

W ten sam sposób nastawiono złamanie w drugim przypadku. Podkreślić należy, że sposób *Westhuesa* nadaje się wyłącznie do leczenia średnio ciężkich złamań kości piętowej, należących wg. klasyfikacji *Böhlera* do grupy 4. (bez prze-



Rys. 3.

mieszczenia powierzchni stawowych wobec k. skokowej) oraz 5. (ze zwichnięciem bocznej części tylnej powierzchni stawowej wobec kości skokowej).



Rys. 4.

Rentgenogramy 4. — 5. dotyczą przypadku 1. (K. S., 39 l., spadł 2.X 37. z rusztowania wysokości kilku m. na obie nogi, zgłosił się do Instytutu 21.X). Zdjęcie 4. przedstawia pr. kość piętową po dwukrotnych bezowocnych próbach nastawienia za pomocą klamry Schmerza, zaś rys. 5. — po nastawieniu sposobem *Westhuesa*,



Rys. 5.

z wgipsowanym gwoździem Steinmanna. Zdjęć osiowych nie podajemy, gdyż nie uwidoczniają one nic szczególnego.

Przyp. 2. N. W. 29 l., spadł 15.X 1937 na lewą piętę z wysokości 2½ m, przybył do Instytutu



Rys. 6.

19.XI; pierwotne zdjęcie wykazało złamanie bez przemieszczenia, wobec czego nałożono podwatowany opatrunek gipsowy w ustawieniu nieco końskim. Po 8 dniach zmieniono opatrunek na szczelny w zgięciu stopy pod kątem prostym; kontrolne zdjęcie wykazało przemieszczenie guza piętowego w kierunku do góry i wyraźne spłaszczenie kąta (rys. 6.). Nastawienie sposobem *Westhuesa* przedstawia rentgenogram 7.



Rys. 7.

Z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie
Kierownik Płk Dr *T. Sokołowski.*

Dwa przypadki źle leczonego złamania koś

podał

Dr Tadeusz Wagner.

Postępowanie nasze w przypadkach świeżych złamań kości udowej przedstawili kolejno w dwóch zeszytach „Chirurga Polskiego" Dr *Skorko* i Dr *Szulc*. Jeżeli jednak otrzymujemy przypadek zastarzały, źle leczony od początku, wówczas musimy indywidualizować postępowanie, aczkolwiek i tutaj dążymy tak samo do nastawienia odłamków na stałym wyciągu.

Przypadek 1. Anna G. l. 5. Przed 4 miesiącami spadła z wozu będącego w ruchu, i doznała złamania k. udowej między szprychami koła. Jak podają rodzice dziecka, żadnej rany na udzie nie było. Następnego dnia przywieziona do jednego ze szpitali powiatowych, gdzie, jak podają rodzice, w trakcie leczenia otwarto guz po stronie bocznej uda (ropień, krwiak?). Po 4 miesięcach przywieziono dziecko celem dalszego leczenia do Instytutu Chirurgii Urazowej.

Stan obecny: dziecko blade, wyniszczone, apatyczne. Znaczne skrócenie i skrzywienie uda (varus i antecurvatio). Na przednio-bocznej stronie uda w bliźnie pooperacyjnej przetoka, wydzielająca treść ropną; taka sama przetoka na bocznej stronie uda. Klinicznie mocny zrost w wadliwym ustawieniu; staw biodrowy wolny, ruchy stawu kolanowego ograniczone — zginanie nie dochodzi do kąta prostego. Na zdjęciach rentgenowskich (rys. 1) poza przemieszczeniem widać martwicę końców odłamków, wolne martwaki, zmiany zapalne trzonu i nawarstwienia okostnej, łączącej mocną blizną odokostnową odłamki kości udowej.

Dn. 2.XII 37 operacja (Dr *Wagner*): w uśpieniu eterowym cięcie, okalające bliznę i przetokę. Po wycięciu tkanki bliznowatej odsłonięto ognisko złamania i wycięto końce odłamków oraz usunięto wolne martwaki. Krwawienie z blizny kostnej podczas zabiegu dość znaczne. Po wycięciu drugiej przetoki złamano mosty kostne, łączące odłamki, i zeszyto rany, pozostawiając sączek jedynie w ranie głównej. Po zabiegu założono wyciąg plastrowy zenitowy (rys. 2). Wieczorem tegoż dnia, ze względu na nikłe tętno (wstrząs operacyjny i utrata krwi) przetoczono dziecku 200 cm³ krwi tej samej grupy, po czym stan dziecka uległ wybitnej poprawie. Dalszy przebieg gład-



Rys. 1-a.



Rys. 1-b.



Rys. 2.

ki: sączek usunięto po 48 godzinach; wzniesienia ciepłoty nie przekraczały w pierwszych dniach po zabiegu 37,6°, potem 37°, 3; z rany wydobywa się mierna ilość wydzieliny ropnej, dziecko wesołe, nie ma bólów, ogólny stan uległ wybitnej poprawie.

Zdjęcia kontrolne wykazują znaczną poprawę ustawienia odłamków (rys. 3). Ustawienie to jest jeszcze niedostateczne w płaszczyźnie bocznej, da



Rys. 3.

się jednak poprawić z chwilą, gdy po zlokalizowaniu sprawy zapalnej kości można będzie założyć wyciąg drutowy przez kłykcie k. udowej — wówczas po ułożeniu kończyny na pionowej szynie w ustawieniu kolana pod prostym kątem nie będzie pociągania dolnego odłamu przez mięśnie łydki i oś ulegnie wyrównaniu także w płaszczyźnie bocznej.

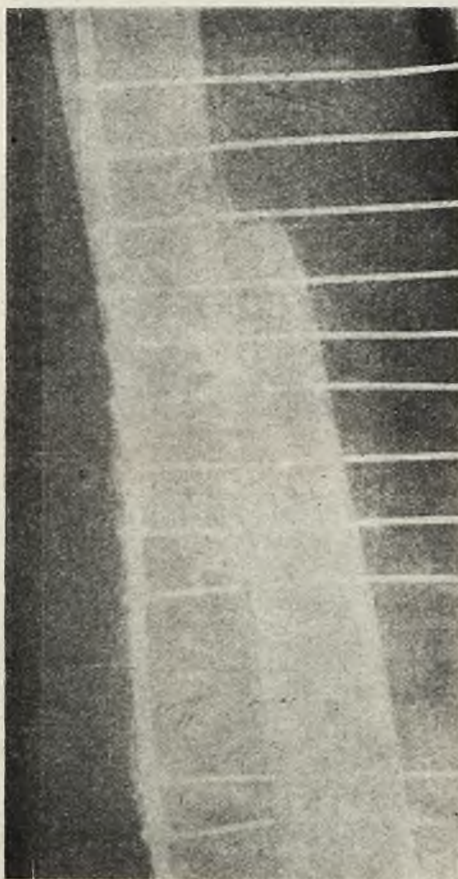
W przypadku tym nie liczymy na prawidłowy styk odłamków, a na bliznę odokostnową z pozostałych mostów kostnych i późniejszą przebudowę kości, tak łatwą w wieku dziecięcym. Rozciągnęliśmy nieco odłamki, chcemy bowiem uniknąć skrócenia kończyny; zresztą styk zapalnie zmienionych odłamków nie dałby żadnych plusów, ponieważ blizna powstałaby i wówczas głównie z okostnej.

Gdyby temu dziecku założono od początku wyciąg plastrowy zenitowy na 4 tygodnie — byłoby już zdrowe i biegało wraz z rówieśnikami.

Przypadek 2. Tadeusz P., l. 13, kopnięty przed 6 tygodniami przez konia, doznał złamania kości udowej prawej. Następnego dnia po wypadku przewieziono go do szpitala i leczono, jak wynika z opowiadań rodziców dziecka, wyciągiem plastrowym na podstawce. Po 6 tygodniach leczenia, dnia 26.XI b. r. dziecko zostało przywiezione celem dalszego leczenia do Instytutu Chir. Urazowej.

Stan obecny: ogólny stan dobry, miejscowo zniekształcenie i znaczne skrócenie prawego uda z zanikami mięśniowymi. W obrębie złamania wyczuwa się dużą bliznę kostną; zrost odłamków jeszcze wiotki. Stawy biodrowy i kolanowy — wolne. Przemieszczenie odłamków, jak na zdjęciu (rys. 4), dokoła odłamków obłoczki kostniny.

W dniu przybycia chorego założono wyciąg za kłykcie udowe i ułożono kończynę na pionowej szynie (rys. 5). Gdy po upływie 4 dni zdjęcie kon-

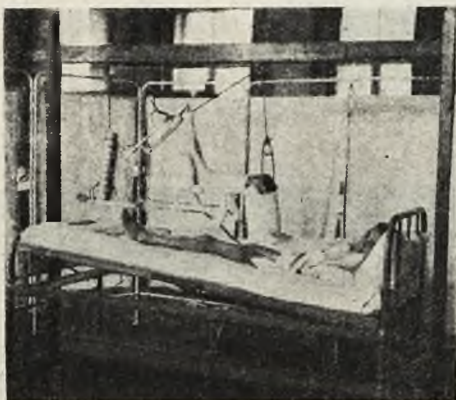


Rys. 4-a.



Rys. 4-b.

trolne wykazało, że pomimo obciążenia 8 kg. odłamki rozciągnęły się zaledwie o ½ cm., rozklinowano w uśpieniu chlorkiem etylu wiotki zrost i nastawiono odłamki ręcznie (najpierw rozklinowanie za pomocą ruchów obrotowych i zginających, potem nastawienie w ten sposób, że jeden z lekarzy ustalił miednicę za pomocą uciskania kolców biodrowych, a drugi ciągnął oburącz za



Rys. 5.



Rys. 6.

podudzie, zgięte pod kątem prostym w stawie kolanowym). Wynik repozycji na rys. 6; w dalszym ciągu leczenie wyciągiem drutowym za kłykcie udowe na szynie pionowej.

Że w tym przypadku rozklinowanie i nastawienie odłamków udało się, pomimo że od daty złamiania upłynęło 6 tygodni, zawdzięczać należy przypuszczalnie temu tylko, że poprzednio zmieniano stale unieruchomienie. Obecnie, po 3 tygodniach leczenia, sytuacja odłamków nie uległa po nastawieniu zmianie i definitywny zrost wobec młodego wieku chorego jest zapewniony.

Jeżeli w przypadkach takich nie udaje się zwykłe rozklinowanie odłamków, wówczas stosujemy zabieg operacyjny — rozklinowanie krwawe, po czym dalsze leczenie prowadzimy w sposób typowy: wyciąg za kłykcie udowe na szynie pionowej.

Ze Szpitala Powszechnego w Drohobyczu.

Złamanie obojczyka w części przybarkowej, leczone nową szyną obojczyka

podał

Dr Kazimierz Czyżewski
Dyrektor Szpitala.

Chłopak 13-letni przyjęty 26.IX 37 w kilka godzin po upadku na lewy bark. Leczony nową szyną obojczyka, opisaną w „Chirurgu Polskim" Nr. 5/37, str. 251. Na zdjęciach (rys. 1 — 3) widoczne przesuwanie się odłamka do boku i ku górze pod wpływem działania szyny w miarę wiotczenia mięśni. Na rys. 3. widoczna wyraźna kostnina.



Rys. 1. Stan w chwili przyjęcia.



Rys. 2. Stan po 3 dniach leczenia.



Rys. 3. Stan po 17 dniach leczenia.

ZJAZDY

22. Zjazd Towarzystwa Brytyjskich Neurochirurgów

w Berlinie i Wrocławiu, 29.VI — 3.VII 1937.

Między 29 czerwca a 3 lipca br. odbył się w Berlinie (3 dni) i Wrocławiu (2 dni) 22. Zjazd Towarzystwa Brytyjskich Neurochirurgów, którego założycielami są *dr A. A. Mc Connel* z Dublina (prezes) i *dr Jefferson* z Manchesteru (sekretarz). Towarzystwo to grupuje przede wszystkim neurochirurgów angielskich, należą doń jednak również neurochirurdzy innych krajów Europy. Zebrania Towarzystwa odbywają się każdorazowo w innym miejscu, w siedzibach poszczególnych ośrodków.

Tegoroczny Zjazd organizowali *prof. dr W. Tönnis* z Berlina i *prof. dr O. Foerster* z Wrocławia. *Prof. Tönnis* objął przed kilkoma miesiącami pierwszą w Niemczech uniwersytecką klinikę neurochirurgii. Klinika urządzona nowocześnie, rozporządza kilkoma asystentami i odpowiednią ilością sił pielęgniarskich i pomocniczych. Pracownię patologiczną kliniki, mieszczącą się w *Kaiser Wilhelm Institut für Hirnforschung* prowadzi pod kierunkiem *prof. Spatza*, dyrektora Instytutu, *dr Zülch.*

Z Anglii, prócz wymienionych, było 10 uczestników z *d-rem Dottem* (Edynburg) na czele. Francuską neurochirurgię reprezentował *prof. de Martel.* Z Belgii był *dr P. Martin* (Antwerpia) i *prof. Albert* (Liége), ze Szwecji *prof. H. Olivecrona* i *dr Sjöqvist* (Sztokholm), z Danii *dr Busch*

(Kopenhaga), z Holandii *dr de Vet* (Haga), ze Szwajcarii *dr Kraybrühl* (Zurych), z Włoch *prof. Chiasserini* (Rzym), z Norwegii *dr A. Torkildsen* (Oslo), z Portugalii *dr Lima* (Lizbona), z Polski niżej podpisany. Przejazdem bawił we Wrocławiu *prof. Puuseep* z Dorpatu.

W czasie przerw pomiędzy posiedzeniami odbyły się operacje pokazowe: 2 operacje neurochirurgiczne *(prof. Tönnis)* i 3 z zakresu chirurgii ogólnej *(prof. Sauerbruch).*

W nowootwartym budynku *Kaiser Wilhelm Institut, prof. Spatz* mówił o *obrzęku niektórych okolic mózgu,* które, wypełniając opróżnione z płynu mózgowo - rdzeniowego zbiorniki podpajęczynówkowe (zbiornik móżdżkowo - rdzeniowy, podstawy mózgu, okalający i zbiornik międzypółkulowy Spatza i Stoescu), mogą wpuklać się w drugą półkulę i wywoływać rozmaite objawy chorobowe. Niekiedy objawy te brane są błędnie za wyraz ucisku samego guza.

Prof. Tönnis przedstawił wyniki operacyjne i badania drobnowidowego w 8 przypadkach *wrodzonych torbieli zbiorników podpajęczynówkowych,* które uważa za twory wynikające z rozwojowych zaburzeń opon mózgowych. Klinicznie we wszystkich przypadkach stwierdzał przemijające okresy narastania ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego.

Dr Ringertz (Sztokholm) doniósł o swych badaniach w 6 przypadkach *pierwotnego zapalenia pajęczynówki.* Ten nieswoisty stan zapalny, charakteryzujący się zwłóknieniem pajęczynówki i nacieczeniem jej limfocytami, doprowadzić może w cięższych przypadkach do zupełnego zamknięcia przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu. Niestety niektórym określonym obrazom anatomo - patologicznym nie zawsze odpowiadają te same zespoły kliniczne tak, jak, z drugiej strony, dla wielu zespołów klinicznych nie zawsze znajdujemy wytłumaczenie w obrazie anatomo - patologicznym.

Prof. Glettenberg (Hannover) poruszył zagadnienie t.zw. *pseudotumorów,* pojęcia wprowadzonego w r. 1904 przez *Nonnego. Prof. Nonne* w przemówieniu dyskusyjnym popierał tezę przedmówcy, że pojęcie to ma dzisiaj wartość jedynie historyczną, ponieważ pod t.zw. pseudotumorami kryją się zazwyczaj albo tumory, albo inne, ściśle dające się określić, organiczne przyczyny wywołujące zaburzenia krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego.

Dr Kornmüller, prowadzący w Instytucie pracownię bioelektryki, mówił o swych badaniach wykazujących, że jakość *zjawisk bioelektrycznych* poszczególnych części mózgu zależna jest od ich cech cytoarchitektonicznych.

Dr Patzig, zajmujący się w tym Instytucie zagadnieniami genetyki, omawiał prace nad *dziedzicznością form czaszki.*

Następnego dnia *prof. Bergstrand* ze Sztokholmu wygłosił obszerny referat o *gwiaździakach (astrocytomatach) móżdżku.* Nowotwory te są, według niego, wyrazem zaburzeń rozwojowych nie tylko móżdżku, ale i pokrywającej go naczyniówki. Opona ta ma zawierać w tych przypadkach ogniska nowotworowe zbudowane z tkanki glejowej i przede wszystkim z neuroblastów. Ponieważ i tkanka nowotworowa móżdżku zawiera również, obok elementów glejowych, neuroblasty i włókna nerwowe, *Bergstrand* proponuje dla tych guzów nazwę glioneuroblastomatów. *Dr Zülch* (Berlin) popierał tezę *Bergstranda,* natomiast *prof. Gagel* (Wrocław), który kontrolował to zagadnienie na podobnym materiale, odniósł się do tego poglądu negatywnie.

Prof. Ostertag (Berlin), który zreferował swoją dynamiczną *teorię zależności budowy histologicznej nowotworów mózgu od ich umiejscowienia,* spotkał się z silną opozycją *prof. Spatza.*

Prof. Schaltenbrand (Würzburg) badał przy pomocy swego myografu mięśnie kończyn dolnych i górnych w 13 przypadkach *torticollis spastica.* Referent znajduje, że w większości jego przypadków cierpienie to, polegające na niedostatecznym rozkurczeniu się mięśni, obejmowało nie tylko mięśnie szyi, ale i kończyny górnej, a czasem i dolnej. Niektóre postacie torticollis należą według niego do tej samej grupy schorzeń co myositis i lumbago. W tych razach stosuje leczenie zachowawcze, polegające na spokoju, stosowaniu ciepła, środków przeciwgorączkowych i na „odnerwianiu" dotkniętych cierpieniem mięśni przy pomocy nowokainy. Natomiast w przypadkach postępujących o podłożu dziedzicznym lub będących następstwem przebytego śpiączkowego zapalenia mózgu, doradza leczenie chirurgiczne. O tym mówił *prof. Olivecrona* (Sztokholm), opierając się na materiale 29 przypadków. U większości chorych przecinał, podobnie jak neurochirurdzy amerykańscy, nerw dodatkowy po jednej lub po obu stronach oraz trzy pierwsze korzonki przednie szyjne. Bezpośrednie wyniki miał bardzo dobre, dalsze jednak rokowanie uzależnia od tego, czy cierpienie jest następstwem zapalenia mózgu, gdyż w tych razach widywał po zabiegu zjawianie się zespołu Parkinsona.

Dr Sjöqvist (Sztokholm) zebrał, wraz z *Kess-*

lem (Monachium), 27 przypadków *przewleklego krwiaka podtwardówkowego.* Referent zgadza się ze zdaniem *Trottera*, że najczęstszym źródłem krwawienia jest przerwanie żył mózgowych, oraz z teorią *Gardnera*, iż zwiększanie się rozmiarów krwiaka odbywa się drogą osmozy. *Dr Zender* (Zurych — Berlin) potwierdza doświadczenia wielu badaczy, że u zwierząt nie udaje się doprowadzić doświadczalnie do wytworzenia obrazu przewlekłego krwiaka podtwardówkowego, odpowiadającego podobnej sprawie u ludzi.

Prof. Löhr (Magdeburg) mówił o wartości *arteriografii* w rozpoznawaniu i leczeniu tętniaków mózgu. Podwiązanie tętnicy szyjnej wewnętrznej nie wywołuje w przypadkach tętniaków wrodzonych żadnych szkodliwych następstw, ponieważ w tych razach krążenie oboczne jest dostatecznie rozwinięte. Natomiast w przypadkach pourazowych nie należy śpieszyć się z leczeniem tego rodzaju, gdyż tu krążenie zastępcze musi się dopiero wytworzyć.

Dr Busch (Kopenhaga) referował wyniki osiągnięte w 2 przypadkach *oligodendroglioma* skrzyżowania nerwów wzrokowych. Częściowe usunięcie guza spowodowało w obu przypadkach poprawę wzroku.

Berlińskie Towarzystwo Medyczne urządziło dla Zjazdu specjalne posiedzenie, na którym *dr Mc Connel* przedstawił zagadnienie t.zw. *zespołów skrzyżowania nerwów wzrokowych.* Opierając się na doświadczeniu swoim i innych dochodzi do wniosku o dużym znaczeniu praktycznym, że żadna ze znanych spraw chorobowych tej okolicy nie posiada znamiennych objawów klinicznych. Koreferentem był *prof. Foerster*, który zanalizował swój materiał 69 przypadków cierpień skrzyżowania nerwów wzrokowych. Najkorzystniejsze wyniki operacyjne osiągał w przypadkach nowotworów przysadki i zapalnych zrostów pajęczynówki. W zapalnych stanach nie widywał nawrotów po zabiegu, w przeciwieństwie do podobnych spraw gdzie indziej usadowionych. Przemawiali również *prof. Tönnis* i *Olivecrona*, który podkreślał trudności techniczne i złe rokowanie w leczeniu chirurgicznym tętniaków tętnicy szyjnej wewnętrznej.

Po operacjach w Charité odbyło się ostatnie w Berlinie posiedzenie naukowe Zjazdu. *Prof. Sauerbruch* przedstawił szereg operowanych przypadków z dziedziny neurochirurgii, a *dr Hartmann* (Berlin) zdawał sprawę z prac doświadczalnych nad *stosunkiem wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego do krążenia krwi w mózgu.* Wynikiem jego badań jest stwierdzenie, że mechanizm następstw podniesienia się ciśnienia w obrębie czaszki polega nie na bezpośrednim ucisku na tkankę mózgową lub naczynia krwionośne, lecz na powstawania chorobowych odruchów naczyniowo - ruchowych, prowadzących w rezultacie do niedomogi krążenia.

Dr Torkildsen (Oslo) poruszył sprawę *patogenezy porażeń kończyn po tej samej stronie, co wywołująca je sprawa chorobowa.*

Dr Mahoney (New - Haven) przedstawił badania nad *stosunkiem przysadki mózgowej do dna komory III.* Przechodzenie hormonu tylnego płata przysadki do układu komorowego uważa za rzecz stwierdzoną. Moczówka prosta jest tylko i wyłącznie wtedy następstwem usunięcia przysadki mózgowej (u psów), jeżeli podczas zabiegu uszkodzone zostanie równocześnie dno III komory.

Dalszy ciąg Zjazdu (2 dni) odbył się we Wrocławiu, gdzie gospodarzem był *prof. Foerster.* Po przedstawieniu szeregu chorych oraz wielu ciekawych preparatów makro- i mikroskopowych, *prof. Foerster* dał syntezę swych doświadczeń z zakresu neurochirurgii i neuropatologii. Za najlepszą *klasyfikację nowotworów mózgu* uważa, mimo krytycznego ustosunkowania się do wielu szczegółów, podział *Baileya* i *Cushinga.* Podział ten posiada według niego największą praktyczną i naukową wartość.

Na marginesie prac Zjazdu toczyły się dyskusje nad dalszym rozwojem *„Zentralblatt für Neurochirurgie"*, pisma poświęconego wyłącznie zagadnieniom neurochirurgii, redagowanego do niedawna przez *prof. Tönnisa*, oraz nad organizacją Towarzystwa, obejmującego ogół europejskich neurochirurgów. Następne zebranie Towarzystwa odbędzie się prawdopodobnie w Kopenhadze w r. 1939, łącznie z Międzynarodowym Zjazdem Neurologów.

J. Chorόbski.

II Międzynarodowy Zjazd Przetaczania Krwi

Paryż, 29.IX — 5.X 1937 r.

Pierwsze dni Zjazdu poświęcono na prace komisyjne, dalsze na posiedzenia ogólne, demonstracje filmów, zwiedzenie ośrodka przetaczania krwi w Paryżu (w Szpitalu Ś-go Antoniego) oraz wycieczki. Z Polski brali w Zjeździe w charakterze delegatów udział: *doc. Gnoiński, prof. L. Hirszfeld*, i *płk dr T. Sokołowski*, oraz d-rzy *Dębicki* i *Fiećko.* Dość liczną grupę stanowili przed-

stawiciele świata lekarskiego Włoch, z Niemiec brał udział m. in. *prof. Schilling*, z Anglii *dr Brewer* i *Oliwer*, twórca organizacji dawców krwi w Londynie. Z Rosji Sowieckiej przybyli *prof. Miedwiediewa* i *prof. Bohomolec.*

Komisja I — *grup krwi* obradowała pod przewodnictwem delegata Polski *prof. Hirszfelda*, który wygłosił wyczerpujący wykład o grupach krwi, stanowiący podstawę do wniosków ostatecznych przyjętych przez ogólne zebranie. Szereg wygłoszonych tam referatów, których nie sposób tu omówić, dotyczył ogólnych zagadnień serologii.

Komisja II — *krwi konserwowanej*, której przewodniczył *prof. Jeanneney* z Bordeaux, zajęła się sprawą nie mniej aktualną w dobie pokoju jak wojny — przetaczania krwi konserwowanej. Mimo nieobecności przedstawicieli Sowietów dyskutowano szeroko nad sprawą użycia krwi ze zwłok. *Dr Lester G. Unger* z New-Yorku wypowiedział opinię przychylną, acz opartą tylko na osobistych obserwacjach i rozmowach podczas niedawnego pobytu w Moskwie. Większość członków komisji II ustosunkowała się do tej sprawy z dużą rezerwą. Sprawa pobierania krwi ze zwłok napotyka zresztą na trudności prawne: jedynie w Danii wolno wykonać otwarcie zwłok już po upływie 6-ciu godzin od zgonu. Przewodniczący sugerował komisji uchwałę, mającą na celu znowelizowanie prawodawstwa.

Doc. Gnoiński przedstawił wyniki przetaczania krwi konserwowanej w ciągu 80 — 90 dni. Praca ta, aczkolwiek oparta głównie na materiale eksperymentalnym (zwierzęcym), wywołała duże zainteresowanie. Możliwość tak długotrwałego konserwowania krwi została wyraźnie udowodniona.

Płk dr Sokołowski przedstawił sposób konserwowania krwi w szklanych ampułkach i zastosowanie ich w praktyce codziennej (doświadczenia z *Instytutu Chirurgii Urazowej* w Warszawie). Dość żywo toczyła się dyskusja nad jakością stabilizatorów krwi; większość posługuje się roztworem 5% cytrynianu sodu w stosunku 3 — 4 cm^3 na 100 cm^3 krwi (*Dr Garcia Oliver* z Buenos-Aires).

Dr Freuchen z Kopenhagi podał wynik zastosowania heparyny w ilości 40 kropel na ½ litra krwi: w kilka godzin po transfuzji obserwował wzniesienie się ciepłoty.

Rewelacyjne było doniesienie *prof. Fortiego* z Mediolanu o wartości preparatu „transfuzol" (poliacetylen - bioxy - sulfonat sodu). Badania doświadczalne (wspólnie z *prof. Pieronim*), potwierdzone obserwacjami klinicznymi, wykazały że transfuzol:

1. jest antitrombiną, która nie oddziaływa na jony wapniowe krwi i nie zmienia właściwości fizyko - chemicznych oraz biologicznych krwi;
2. okazał się nietoksyczny dla ustroju;
3. pozwala na utrzymanie przy życiu ciałek czerwonych w ciągu 15 — 20 dni, konserwując krew w ciepłocie + 4 — 6°;
4. jest antikoagulantem, nie zmieniającym się podczas transportu;
5. 80 mg. transfuzolu wystarcza do zakonserwowania 500 cm^3 krwi.

Aparatura polecona przez *Fortiego* stanowi zwykłą zlewkę Erlenmayera z korkiem gumowym, przez który wchodzi rurka, dająca się połączyć ze zwykłą strzykawką. (Prelegent demonstrował następnego dnia transfuzję krwi stabilizowanej transfuzolem, przywiezionej z Mediolanu).

Dr R. Fischer (Genewa) stosuje krew odwłóknioną i uważa ją za lepszą, niż utrwaloną cytrynianem sodu. Posiada on nadzwyczaj bogate doświadczenie z zastosowania krwi na terenie walk w Hiszpanii (około 5000 transfuzyj na odcinku Walencji). *Dr Fischer* nie widział złych skutków użycia mieszaniny krwi, pobranej od kilku dawców, przeciwnie, zauważył że wstrząsy występują rzadziej; sądzi, że można dodawać do krwi leki, ale tylko bezpośrednio przed przetoczeniem, z uwagi na możliwość przyśpieszenia zjawiska hemolizy konserwowanej krwi.

Zastanawiano się również nad wartością *krwi łożyskowej* i podkreślano szczególnie trudności zbierania krwi w sposób ściśle jałowy. Liczniejsze dane przedstawił *dr Keller* ze Strasburga. Technika zbierania krwi jest następująca: odkażenie pępowiny, pierwsze krople zbiera się do probówki z roztworem szczawianu potasu i mieszaninę tę zachowuje się dla określenia grupy. Z jednego porodu można otrzymać 60 — 90, wyjątkowo 100 — 150 g. Krew konserwuje się w temperaturze + 2° i używa się jej tylko w ciągu 36 godzin. Wyniki stosowania tej krwi są pomyślne, spostrzegano również dodatni jej wpływ na chorych poddawanych naświetlaniom promieniami X w przypadkach nowotworów nienadających się do leczenia operacyjnego.

Na posiedzeniu ogólnym *prof. Canuyt* ze Strasburga, twórca tamtejszego ośrodka przetaczania krwi, dał krótki rys historyczny transfuzji a następnie omówił wskazania do przetaczania a) *podczas zabiegu operacyjnego:* 1) krwotok, 2) spadek parcia tętniczego podczas zabiegów w jamie brzusznej i na układzie nerwowym 3) zaburzenia czynnościowe układu nerwowego, naczyniowego i nerek, oraz b) *po zabiegu:* 1) krwotok,

2) wstrząs operacyjny, 3) choroba pooperacyjna, 4) zakażenie.

Referent widzi w transfuzji potężny czynnik przeciwko krwotokom, wzmacniający siły obronne ustroju, korygujący brak pewnych ciał, które mogą niweczyć szkodliwe substancje wyzwolone z ustroju przez zabieg operacyjny, przywracający stan równowagi naczyniowo-ruchowej (wedł. wyrażenia *Leriche'a:* transfusion réequilibrante). Transfuzja jest najlepszym środkiem zapobiegawczym przeciwko t. zw. chorobie pooperacyjnej.

Leriche i *Fontaine* stosują przetaczanie krwi *przed zabiegiem* u chorych z oznakami wyczerpania, ze sprawami nowotworowymi żołądka, okrężnicy, odbytu, wrzodów żołądka, gruźlicy kostnej, nowotworów układu kostnego itp., słowem przed wszelkimi dużymi zabiegami. *Podczas zabiegu* kierują się stanem tętna i parcia tętniczego, które muszą być dokładnie kontrolowane. *Po zabiegu* uważają za bardzo wskazane przetaczanie małych dawek (150 — 200 cm^3) w celu zapobiegania chorobie pooperacyjnej. Na podstawie dużego materiału (1000 przyp.) oceniają takie postępowanie za słuszne, nie przywiązując specjalnej wagi do rodzaju metody (t. zn. pośredniej czy bezpośredniej).

Stolz i *Weiss* (Strasburg) stosowali transfuzję krwi u chorych wyjątkowo słabych, ale nie ze względu na planowany ciężki zabieg operacyjny. W okresie pooperacyjnym kierowali się również tylko ciężkością objawów; dlatego też sądzę, że mogą oni bardziej objektywnie oceniać niezaprzeczalną wartość transfuzji i rozszerzyć jej wskazania.

Z doniesienia *prof. Reeba,* dyrektora kliniki położniczo - ginekologicznej w Strasburgu, widzimy, że transfuzję krwi stosowano tam u 7,4% chorych operowanych. Wreszcie doniesienie *prof. Henrieta* z Besançon stanowiło dowód współpracy dużego ośrodka transfuzji krwi (Strasburg) z małym ośrodkiem prowincjonalnym.

P. Rohmer i *E. Schneegans* (Strasburg) omówili sprawę *przetaczania krwi w odoskrzelikowym zapaleniu płuc u dzieci.* Na wstępie zastrzegają się, że wszelkie tłumaczenie działania transfuzji w tych stanach chorobowych leżą w sferze hipotez. Polecają stosować krew w ilości 15 — 20 cm^3 na 1 kg. wagi, wstrzykując ją do zatoki żylnej, żyły jarzmowej, żył przegubu łokciowego lub innych dostępnych żył; rzadko muszą uciekać się do operacyjnego odsłonięcia żyły. Uważają za konieczny uprzedni upust krwi, szczególnie w stanach niedomogi naczyniowo - sercowej. Ostrzegają przed zbyt szybkim upustem z zatoki żylnej, a także przed zbyt szybkim wprowadzaniem krwi. Z powikłań wspomnieli o odczynie uczuleniowym po użyciu krwi od tego samego dawcy w odstępie większym niż 10-dniowy, oraz o wstrząsach, które tłumaczą zaburzeniami w układzie koloidów — występują one częściej po dodaniu cytrynianu sodu. Przeciwwskazanie do transfuzji widzą w zbyt rozległych zmianach w płucach i osłabieniu układu naczyniowo-ruchowego. Pomimo, że krew pobudza tylko siły obronne ustroju, poprawa jest tak znamienna, że pozwala to twierdzić o skuteczności zabiegu. Podobne wyniki podał uczeń *prof. Rohmera dr Tassovatz* z Białogrodu.

R. Debrè, M. Lamy i G. Sée uważają za najbezpieczniejszą drogę wprowadzania krwi u osesków żyły przegubu łokciowego, odsłonięte operacyjnie. Stosują oni przetaczanie krwi w: 1) ciężkiej żółtaczce dziedzicznej, 2) krwotokach, 3) krwotokach kiszkowych noworodków, 4) niedokrwistościach, 5) ciężkich stanach zakaźnych, 6) odoskrzelikowym zapaleniu płuc, 7) zaburzeniach odżywienia.

Dr Lester G. Unger (New-York) podał duże zestawienie przypadków odoskrzelowego zapalenia płuc u dzieci, leczonych przetoczeniem krwi i obserwowanych równolegle z serią chorych, leczonych z pominięciem tego zabiegu. Wnioski *Ungera* brzmiały: transfuzja krwi 1) zapoczątkowuje kliniczną poprawę, 2) skraca czas trwania choroby, powodując u 73% chorych (bez powikłań) przesilenia w ciągu 48 godzin, 3) obniża śmiertelność, szczególnie w wieku do lat trzech. Za najlepszy czas do transfuzji należy uważać 10. — 14. dzień choroby; przetoczona krew powinna stanowić 40 — 50% całej krwi chorego osobnika; przypuszczalny mechanizm tkwi w cofnięciu się oligemii towarzyszącej zapaleniu płuc.

S. Van Crevelda z Amsterdamu podał obraz krwotoku do nadnercza i wskazania do transfuzji w szeregu schorzeń krwi u dzieci.

Lévy Solal, M. Sureau oraz *Netousek* nie wnieśli swymi obserwacjami nic nowego do sprawy *phylacto- i immuno-transfuzji.*

A. Tzanck, omawiając powikłania wczesne i późne radzi wykonywać zabieg transfuzji naczczo, kontrolować grupy, podawać adrenalinę i podsiarczyny. W ciękich stanach zapaści wprowadza powoli adrenalinę w postaci rozczynu w roztworze fizjologicznym (1 cm^3 na 300 roztworu) przy równoczesnej kontroli parcia tętniczego. W przypadkach krwawień po przetaczaniach radzi nie używać środków będących reaktogenami. Powikłania ze strony układu nerwowego, aczkolwiek nie-

zmiernie rzadkie, zwalczał wstrzykiwaniem morfiny.

Powikłania niezależne od grupy krwi omawiał *prof. Introzzi* z Katanii.

Prof. Trias podał organizację *„służby krwi”* w Hiszpanii na terenie walk. Dawcy rekrutują się wyłącznie z pośród grupy 0. Przygotowaniem krwi zajmuje się specjalna stacja, która wypróbowała dokładnie technikę pobierania i konserwacji. Używają szczelnie zamkniętych dużych ampułek, do których wprowadzają krew ustaloną cytrynianem sodu. Wolną przestrzeń w naczyniu zapełniają obojętnym gazem pod ciśnieniem. Na zakończenie ampułki nakładają jałowy dren, z igłą, mieszczącą się w jałowym kapslu. Wystarczy złamać przez gumę szklane zakończenie ampułki i zdjąć kapsel z igły, by wszystko było gotowe do wlania krwi. Tak przygotowana krew jest przewożona specjalnym wozem — chłodnią do pierwszych linii bojowych. Lotna stacja transfuzji wraca albo po wyczerpaniu zapasu krwi, albo po wygaśnięciu ważności krwi (8 — 16 dni). Z cięższych powikłań obserwowano żółtaczkę. *Prof. Trias* nie kryje, że dzięki łatwości dostarczania krwi, szafowano nią bez wyraźnych wskazań. Na odcinku barcelońskim wykonano już ponad 4000 transfuzyj (wyniki podane przez *dr Fischera* omówiłem wyżej).

Dr Seggel podał wyniki przetaczania krwi w Lipsku. Powikłania dotyczyły dawców grupy A, głównie dzięki ukrytej podgrupie.

Dr Moline zaproponował dosercowe wstrzykiwanie krwi, jeżeli wszelkie inne drogi zawodzą.

Krótka notatka nie wyczerpuje wszystkich zagadnień poruszanych na obradach ogólnych i komisyjnych. W wyniku tych prac zgłoszono wnioski poszczególnych komisyj. Przyjęto je bądź w całości, bądź z poprawkami:

Komisja I — grup krwi uważa za konieczne zunifikowanie oznaczania grup krwi. Komisja przychyla się do symboliki *P. Dungerna* i *L. Hirszfelda:* Aβ, Bα, AB_0 i Oαβ. [1]).

Stałość grup wydaje się dziś faktem niezaprzeczalnym. W praktyce metoda *Beth - Vincent*, poprawnie wykonana i sprawdzona jest miarodajna.

Za najbardziej godną polecenia uznano metodę oznaczania grupy równolegle z krwinkami i surowicą. Badanie na aglutynację na szkiełku podstawowym jest równoważne z innymi sposobami.

Zgodnie ze wskazówkami *Hirszfelda,* zaleca się przestrzeganie właściwego stosunku krwinek i surowicy (1/20 z krwią całkowitą, 1/10 z zawiesiną krwinek).

Błędów zależnych od aglutynacji da się uniknąć przez rozcieńczenie surowicy w stosunku 1 : 2.

Badania kontrolne są zawsze konieczne; należy je wykonywać w tej samej pracowni albo w innej, zależnie od okoliczności.

W wypadkach nagłych poza zasięgiem ośrodka transfuzji i w braku krwiodawcy powszechnego oraz braku surowic wzorcowych, konieczna jest próba bezpośrednia (surowica biorcy i krwinki dawcy). Próba ta jest również godna polecenia w transfuzjach dokonywanych u chorych ze schorzeniami wewnętrznymi.

Istnienie krwiodawców powszechnych niebezpiecznych z powodu swych aglutynin, Komisja uważa za nieudowodnione.

Aczkolwiek brak jeszcze pewnych obserwacyj co do powikłań przy użyciu krwi pomiędzy osobnikami A_1 i A_2, lub też pomiędzy osobnikami M i N, zagadnienie to winno stać się przedmiotem dalszych badań.

W przypadkach wielokrotnych przetaczań krwi jest wskazane przekonanie się, czy surowica biorcy nie aglutynuje lub nie hemolizuje krwinek dawcy. Próby te należy wykonywać w ciepłocie pokojowej oraz w cieplarce (37°).

Próbę biologiczną tj. wstrzyknięcie biorcy niewielkiej ilości krwi dawcy uznano za godną dalszych badań.

Surowice wzorcowe przeznaczone do określania grup powinny być pobierane i przechowywane w warunkach zupełnej jałowości oraz posiadać wysokie miano. Należy w miarę możności sprawdzać działanie takich surowic na krwinki jednego i tego samego osobnika. Selekcję surowic należy pozostawić ośrodkom transfuzji krwi. Uznano za konieczne wprowadzenie oficjalnej kontroli surowic izoaglutynacyjnych, dopuszczonych do sprzedaży *(jak to ma miejsce m. in. w Polsce — przyp. sprawozdawcy).*

Wnioski Komisji I przyjęto bez zastrzeżeń.

Komisja II — krwi konserwowanej uważa za konieczne zwrócenie uwagi na potrzebę tworzenia ośrodków krwi konserwowanej, które pozwolą na posługiwanie się tym cennym lekiem w małych skupieniach ludzkich, oddalonych od ośrodków transfuzji.

Konieczności konserwowania krwi dowiodło doświadczenie wojenne.

Pobieranie krwi należy wykonywać naczczo.

Komisja uważa, że powinno się konserwować tylko krew grupy 0. Pobranie krwi musi być poprzedzone badaniem biologicznym i klinicznym.

Pobierając krew należy unikać zetknięcia się

[1]) Litery greckie oznaczają izoaglutyniny: — anti A, αβ — anti B, o — brak izoaglutynin.

jej z powietrzem i przechowywać w niskiej ciepłocie.

Komisja uważa za pożądane, by wszczęto badania:

1) nad wartością krwi świeżej, stabilizowanej, konserwowanej, odwłóknionej i płynów zastępczych;

2) wartością różnych „antikoagulantów";

3) czasem konserwacji i przydatnością krwi w różnych okresach.

4) krwią konserwowaną i świeżą w przypadkach immuno- i phylacto-transfuzji;

5) przydatnością osocza (plasma résiduel).

Komisja wysunęła również pewne dezyderaty w sprawie użycia krwi ze zwłok. Zebranie ogólne zajęło jednak wobec przetaczania krwi ze zwłok wręcz wrogie stanowisko, odrzucając wniosek w tej sprawie.

Komisja III — zagadnień hematologicznych we wnioskach swych podkreśla szczególną wagę dokładnego określania przydatności krwi:

Dobre są wyniki w niedokrwistościach, względne, a nawet szkodliwe, w białaczce, bardzo dobre w erytroblastozie dzieci i zespole hemolitycznym typu Lederera.

W krwawiączce transfuzja jest z a l e c o n a szczególnie do zwalczania krwotoków, a k o n i e c z n a przed zabiegami operacyjnymi. Małe dawki (50 — 100 cm^3) powtarzane co 15 — 30 dni winny być stosowane, jako stałe leczenie krwawców.

W zespołach krwotocznych w chorobach zakaźnych transfuzja działa jako środek tamujący krwawienie i pobudzający siły obronne ustroju.

Komisja wyraziła życzenie, by wszystkie przypadki tranfuzji były poddawane dokładnym obserwacjom klinicznym i laboratoryjnym. (*Prof. Pitaluga* z Hiszpanii wysunął zastrzeżenia przeciwko zbyt wiążącym nakazom stosowania transfuzji u krwawców).

Komisja IV — zagadnień organizacyjnych stawia jako wzór dla wielkich miast już istniejące ośrodki bądź zupełnie samodzielne (Paryż, Berlin, New-York), bądź związane z Czerwonym Krzyżem (Holandia, Belgia, Anglia). Dla mniejszych skupień wysuwa podobne rozwiązanie, ze zwróceniem uwagi na krew konserwowaną.

W czasie wojny zaleca się korzystanie z konserwowanej krwi ludności cywilnej, a w pierwszych liniach bojowych nawet personelu sanitarnego. Wnioski dotyczące organizacji wojennej miały charakter ogólny.

Podniesiono konieczność szerszej propagandy w ramach Czerwonego Krzyża.

Na wniosek *prof. Mayera* z Brukseli zawiązano „Międzynarodowe Towarzystwo Transfuzji" z siedzibą w Brukseli.

W ostatnim dniu obrad wyświetlono kilka filmów: propagandowy film Angielskiego Towarzystwa Dawców Krwi, film przedstawiający rekrutowanie dobrowolnych dawców krwi w armii duńskiej oraz film *dr Ungera* (New-York), który przedstawił technikę przetaczania krwi opracowaną jeszcze w 1915 roku.

Uczestnicy Zjazdu zwiedzili ponadto ośrodek transfuzji krwi w Paryżu, mieszczący się w szpitalu św. Antoniego; obecnie powstaje tam nowy gmach przeznaczony wyłącznie dla ośrodka. Przewidziane są w nim pracownie hematologiczne i eksperymentalne, centralna biblioteka prac dotyczących transfuzji, kartoteka dawców i dokonanych zabiegów [2]). Prezydium Zjazdu wydało dla uczestników bankiet otwarcia w drugim dniu obrad, zorganizowało kilka wycieczek i ułatwiło zwiedzenie Wystawy Międzynarodowej.

Następny Zjazd odbędzie się za 3 lata.

K. Dębicki.

[2]) Na podstawie osobistego wrażenia mogłem stwierdzić wyższość organizacji dawców w Londynie.

POSIEDZENIA

Z Posiedzenia T-wa Lekarskiego Krakowskiego z dnia 13.X 1937.

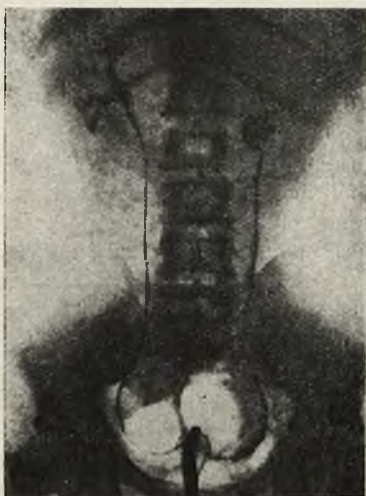
Pokazy z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. G. Narutowicza w Krakowie.

Ordynator *Dr Jerzy Jasieński.*

Dr Roman Wolański przedstawił trzy preparaty *nerek usuniętych operacyjnie*, z różnych względów niecodzienne.

Przypadek I. Chory l. 38, który od dwu lat miewał napadowy krwiomocz ustępujący samoistnie, początkowo raz lub dwa razy w miesiącu, w ciągu zaś ostatnich trzech miesięcy utrzymujący się stale. Badaniem stwierdzono guz nerki prawej. W moczu znaleziono białko, bardzo dużo leukocytów i krwinek, we krwi zaś 75% hemoglobiny, i 4.000.000 krwinek. Wziernikowanie pęcherza wykazało, że krwawi nerka prawa. Zdjęcie

rentgenowskie wykazało wybitne powiększenie rozmiarów tej nerki, prawostronna zaś pyelografia wstępująca — ubytki cienia płynu kontrastowego w miedniczce i brak wypełnienia się nim kielichów (rys. 1). Przy urografii dożylnej prawa nerka wcale nie wydzieliła kontrastu. Próby czynnościowe wypadły prawidłowo. Nerka prawa, dwukrotnie powiększona, wraz z tkanką tłuszczową okołonerkową została usunięta operacyjnie. Na przekroju stwierdzono w niej obecność guza wielkości pięści dziecka, zajmującego część miąższu i przerastającego do światła kielichów i miedniczki. Guz nie przechodził na torebkę, nie stwierdzono też przerzutów w gruczołach chłonnych wnęki, chory był więc operowany względnie wcześnie. Badanie histologiczne guza wykazało utkanie *raka brodawkowatego*. Po operacji chory otrzymał serię naświetlań rentgenem i opuścił szpital w dobrym stanie.



Rys. 1.



Rys. 2.

Wiemy, że złośliwe guzy nerki stanowią tylko ½% wszystkich nowotworów złośliwych i że częstsze są wtórne guzy nerki — przerzuty z jąder, wątroby, żołądka i macicy, niż guzy pierwotne. Z pośród pierwotnych guzów nerki pierwsze co do częstości miejsce zajmują nadnerczaki, następnie mięsaki. Pierwotne raki nerki spotykamy znacznie rzadziej, przy czym znów najczęściej chodzi o raka gruczołowatego, raka rdzeniastego, przypominającego na przekroju swym wyglądem mięsaka; rak brodawkowaty nerki należy do rzadkości. Zwykle bardzo trudno jest ustalić punkt wyjścia sprawy i rozstrzygnąć czy nowotwór wyszedł z miedniczki, czy z miąższu nerki. Komórki nowotworowe stają się bowiem wkrótce tak atypowe, iż nie przypominają budowy nabłonka, który dał im początek. Tym też tłumaczą się spory, czy rak częściej wychodzi z nabłonka kanalików moczowych, czy kłębków. Z pośród nowotworów złośliwych nerki raki mają najgorsze rokowanie: dają one bowiem bardzo często przerzuty i na wyleczenie liczyć można tylko w przypadkach bardzo wcześnie operowanych.

Przypadek II dotyczy 37-letniego chorego, który przed ośmiu laty miał po raz pierwszy atak bólów o charakterze prawostronnej kolki nerkowej, której towarzyszył krwiomocz. Od trzech lat bezbolesny krwiomocz powtarzał się napadowo w odstępach kilkumiesięcznych i ustępował samoistnie: od trzech tygodni obfite stałe krwawienie. Badaniem stwierdzono obecność guza prawej nerki. Na zdjęciu rentgenowskim nerka ta okazała się znacznych rozmiarów. Wziernikowanie pęcherza wykazało krwawienie z nerki prawej. Przy pyelografii wstępującej górny kielich prawej nerki wypełnił się prawidłowo, natomiast kielich środkowy i dolny zaledwie zaznaczyły się przez ślady kontrastu (rys. 2). Badanie czynnościowe dało wynik prawidłowy. Po odsłonięciu nerki okazało się, że mamy do czynienia z *nerką wielotorbielowatą*. Nerka ta ze względu na silny krwiomocz — ze wskazań życiowych — została usunięta. Na przekroju preparatu stwierdzono, że dwie duże torbiele, zajmujące dolny biegun nerki i pozostające w łączności z miedniczką, były wypełnione skrzepami.

Nerka wielotorbielowata jest zwykle schorzeniem obustronnym. Może być jednak również,

zwłaszcza u dzieci, że tylko jedna nerka jest dotknięta tym schorzeniem. Według materiału *Lejarsa* przypadki te stanowiły 1,6% wszystkich przypadków nerki wielotorbielowatej, według *Luzzato* — 18%, według zaś *Bernera* — aż 28,5%. Te ostatnie zestawienia budzą jednak poważne zastrzeżenia co do swej ścisłości, tym bardziej, że z pośród znanych z piśmiennictwa 324 przypadków nerek wielotorbielowatych tylko w 65 stwierdzono za życia istnienie guzów obydwu nerek, w 124 przypadkach wyczuwano guz jednej tylko nerki, w 130 natomiast wcale nie wykazano klinicznie obecności guza. Rozpoznanie jest łatwe w przypadkach, w których wyczuwamy guzy obu nerek. W naszym przypadku nie było ani okresowych napadów mocznicy, ani obfitego moczenia, tj. objawów, które mają cechować nerkę wielotorbielowatą, a pyelografia, wykazując ubytki cienia kielichów i miedniczki, mogła również świadczyć o nowotworze nerki. Właściwe rozpoznanie ustalono dopiero po odsłonięciu nerki na stole operacyjnym. Ze względu na stale powtarzający i nasilający się krwiomocz nerkę usunięto. Zabieg ten, poza groźnymi dla życia krwawieniami, polecany również w przypadkach zropienia torbieli, bólów nie do zniesienia i olbrzymich rozmiarów guza, uważany jest na ogół za ryzykowny nawet przy jednostronnej nerce torbielowatej; według różnych zestawień daje on do 30% śmiertelności, to też uciekać się doń należy tylko w ostateczności. Przeprowadzono go ze wskazań życiowych z dobrym wynikiem: nerka druga okazała się czynnościowo sprawna i chory bez dolegliwości opuścił szpital. Z piśmiennictwa wiemy, że po usunięciu jednej nerki mimo obustronności schorzenia odległe wyniki pooperacyjne nie zawsze przedstawiają się fatalnie. Dwu chorych *Legueu*, kontrolowanych po 4 i 7 latach, dwu chorych *Morrisa*, kontrolowanych po 3 i 7 latach, jeden *Segonda* — po 4 latach i jeden *Bazy* — po 7 latach — cieszyli się zupełnym zdrowiem. Nie zmienia to wszakże w niczym ogólnie przyjętej zasady, że obustronność schorzenia wyłącza możliwość leczenia operacyjnego nerki wielotorbielowatej i że uciec się możemy do zabiegu, jako ostatniej deski ratunku, tylko przy istnieniu wskazań wyjątkowych.

Preparat III przedstawia nerkę usuniętą z powodu *roponercza*. Zasługuje on na uwagę wyłącznie ze względu na napotkane w czasie zabiegu trudności techniczne. Rozległy okołonerkowy naciek zapalny otaczał dolną żyłę próżną na przestrzeni 4 palców poprzecznych. Ponieważ odcinki żyły znajdujące się powyżej i poniżej okolicy wnęki były zupełnie wolne. przecięto najpierw moczowód, po czym przystąpiono do uwolnienia wnęki nerki, oddzielając powoli krok za krokiem naciek zapalny od cienkiej ściany żyły próżnej. Udało się przy tym uniknąć jej uszkodzenia, choć żyłę nerkową musiano podwiązać tuż przy samej ścianie żyły próżnej.

Uszkodzenie ściany żyły próżnej w czasie zabiegu na nerce nie należy do powikłań wyjątkowych. *Fronstein* w roku 1925 zebrał z piśmiennictwa 70 tego rodzaju przypadków, *Makaschof* — 90. Ogólna śmiertelność operacyjna związana z tym powikłaniem wynosiła według obliczeń ostatniego autora 27%. Cyfra ta z pewnością nie odpowiada rzeczywistości, gdyż znacznie więcej przypadków nie ogłoszonych w druku zakończyło się śmiercią; *dr Wolański* widział podobny przypadek operowany przez *Reca*, a *dr Jasieński*, sam nie biorąc udziału w operacji, widział przed laty 2 podobne przypadki, które nie dostały się do piśmiennictwa. Rzadkie to powikłanie, którego, jak twierdzą niektórzy, przy najstaranniejszej nawet uwadze i dobrej technice niepodobna niekiedy uniknąć, dawniej, przy pozostawianiu na żyle zaciskadeł na stałe i tamponowaniu rany, przeważnie kończyło się śmiercią z powodu skrwawienia. Dziś przedstawia się ono nieco mniej groźnie. Zawdzięczamy to znajomości faktu, że podwiązanie uszkodzonej żyły próżnej poniżej miejsca odejścia żył nerkowych nie przedstawia większych niebezpieczeństw dla chorego i daje 77% wyleczeń, oraz że w przypadkach, w których warunki techniczne związane z rodzajem uszkodzenia ściany żyły i z anatomicznymi właściwościami jej ściany, pozwalają na założenie pierwotnego szwu naczyniowego, śmiertelność według dotychczasowych doświadczeń wynosi tylko 6,8%.

Dr Sz. Kranz omówił przypadek *równoczesnej kamicy nerkowej, moczowodowej i pęcherzowej* olbrzymich rozmiarów (ogłoszony drukiem w „Chirurgu Polskim" Nr. 9/37).

Dr Pl. Hornicki omówił przypadek olbrzymiego *wodonercza jednej nerki i zwyrodnienia torbielowatego niedorozwiniętej nerki drugiej* (ukaże się w druku w „Chirurgu Polskim").

Dr J. Beaupré omówiła przypadek t. zw. *autonefrektomii nerki gruźliczej* (w druku w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym").

Dr Jerzy Jasieński, ordynator oddziału, wygłosił prelekcję o *schorzeniach nerek i zabiegach na nerkach przy garbie i skrzywieniach bocznych kręgosłupa* (ogłoszona drukiem w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym").